بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

نحمدہٗ ونصلی ونسلم

علم الجراحت

حصۂ دوم

باب ہفتم

سلعات[1] واکیاس

سلعات (رسولیاں)

سلعہ (رسولی) کا لفظ طبی اصطلاح میں ہر ورم یا سوجن (ضخامت، انتفاخ) کے لئے نہیں بولا جاتا ہے، بلکہ اس سے مراد وہ غیر طبعی مرضی ادنئی بالیدگی (تکوّن جدید یا نومرضی) ہے جو ایک حالت تک پہنچکر ٹھہر گئی ہو، یا آگے بڑھ رہی ہو، اسکا کوئی نمایاں سبب نہ ہو، اور اس کے ساتھ کوئی بدنی فائدہ وابستہ نہ ہو، اور اسکی کوئی قیاسی انتہا نہ ہو (کوئی مخصوص قاعدہ اور صورت[2]

---

[1] ٹیومرز اینڈ سسٹ۔ [2] چنانچہ وہ بلندیاں یا زیادتیاں جو التہاب کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے، وہ ہمیشہ بدیر یا بسرعت بدنی ساخت (لیفی بدلی بافت) (باقی صفحہ پر ملاحظہ ہو

اُسکے اختتام کی نہ ہو) چنانچہ ورم و التہاب، ترشح رطوبات، اخراج دمامیل، اور اجتماع ریاح وغیرہ سے جو سوجن اور انتفاخ (پھولن) پیدا ہوتا ہے اُسے اصطلاحًا سلعہ (رسولی) نہیں کہا جاتا ہے[۱]۔ اسی طرح وہ بلندیاں بھی سلعات میں شامل نہیں ہیں جو اجسام غریبہ، انورسما[۲]، ٹلی ہوئی ہڈیوں کے سروں کے ابھرنے اور اعضاء کی بد وضعی سے (مثلاً آنتوں کے فتق سے) جسم کے مختلف مقامات میں پیدا ہوجاتی ہیں۔

سلعہ ایک مرضی بالیدگی ہے جو زندہ بافت سے مرکب ہوتی ہے خواہ وہ بافت طبعی ہو یا غیر طبعی۔ طبعی بافت سے مراد وہ ساخت ہے جو بدن انسان کی طبعی بافتوں سے مشابہ ہو، مثلاً عظمی، غضروفی، عصبی اور عضلی وغیرہ۔ اور غیر طبعی اسکے برعکس۔ جب سلعہ طبعی بافت پر مشتمل ہوتی ہے، تو وہ بلحاظ مقدار اور مقام کے غیر طبعی ہوتی ہے۔

(بقیہ حاشیہ صفحہ ۳) میں یا اسی جیسی کسی دوسری ساخت میں تبدیل ہوجاتی ہیں، اور یہ ان کے لئے ایک متعین اور اصولی انتہا ہے۔ مزید براں تولدات انتہا یہ کا ہے پورے طور پر غائب ہوجاتے ہیں، یا عارضی طور پر اپنے حجم کو کم کر دیتے ہیں۔

اسی طرح اس تعریف سے کسی عضو کا عظم سادہ ضخامت محض بھی خارج ہوجاتا ہے کیونکہ اسکی ساتھ عام طور پر اسکا طبعی فعل بھی قوی اور تیز تر ہوجاتا ہے یا یہ کہ یہ عظم شدت ریاضت عضوی کا نتیجہ ہوتا ہے، مثلاً لوہاروں کے بازو کا عضلہ ذات الراسین (مچھلی) بازو کی ورزش سے موٹا ہوجاتا ہے۔ علاوہ ازیں یہاں کوئی نئی ساخت نہیں بنتی ہے بلکہ اسی طبعی بافت کی پرورش اور افزائش ہوجاتی ہے۔

[۱] بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ پیدائشی طور پر کوئی عضو یا عضو کا کوئی حصہ زائد پیدا ہوتا ہے، مثلاً زائد انگلی۔ یہ اگرچہ اس تعریف میں بعض اوقات داخل نہیں ہوتا، مگر اصطلاحًا اعتبار اس کو سلعہ شمار نہیں کرتے ہیں۔ [۲] اگرچہ گاہے سلعہ یا رسولی کی اصطلاح کو بہت وسیع مفہوم کیلئے بولا جاتا ہے، اور ہر غیر طبعی سوجن کو سلعہ کہدیا جاتا ہے جو جسم پر نمودار ہوگئی ہو۔

سلعات کی پرورش اور بالیدگی اُنہی مواد سے ہوتی ہے جو
دوسری طبعی ساختوں کے تغذیہ کے لئے بدن کے اندر مہیا ہوتے
ہیں، اپنی نوعیت کے لحاظ سے یہ رسولیاں مختلف تغیرات ظاہر
کرتی ہیں، اور مختلف طریقوں سے بڑھتی ہیں۔

اسباب:- سلعات کے اسباب دراصل اب تک پس پردہ
ہیں، اگرچہ پہلے یہ خیال تھا کہ سلعات مزاجی امراض (سوءِ مزاج کے امراض)
ہیں جو فساد اخلاط اور خون فاسد سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور سرطان کے
متعلق قدماء کا خیال تھا کہ یہ تیز سوداوی مادہ سے پیدا ہوتا ہے۔

قدیم زمانہ میں ایک خیال یہ بھی تھا کہ سلعات کا سبب جینی توارث
ہے، لیکن اب تک اسکی تحقیق نہیں ہو سکی ہے، اور نہ مشاہدہ و استقراء
سے اس طرف پوری طرح رہبری ہوتی ہے۔ اب تک جو کچھ معلوم ہو سکا ہے
وہ یہ ہے کہ سلعات عموماً کسی آفت یا سبب مہیج سے پیدا ہوتے ہیں
جو نموِ غیر طبعی کا باعث ہو جاتا ہے، مثلاً مقامی خراش (ہیجان و لذع)
سردی، چوٹ، دباؤ، اور بعض ادویہ کا دیرینہ لذع و ہیجان؛ چنانچہ پستان
کے سلعۂ غدیہ[1] کو چوٹ کیطرف منسوب کیا جاتا ہے، اور پھونکنی کے تہیج سے
گاہے ہونٹ میں سلعہ بشرئیہ[2] پیدا ہو جاتا ہے۔ سُکّان خطۂ کشمیر سردیوں
میں مٹی کا برتن، یا انگیٹھی چادروں کے نیچے رکھتے ہیں، جو پیٹ کے سامنے
لٹکتی رہتی ہے، اور اس میں کوئلے سلگتے رہتے ہیں؛ اسکی گرمی سے دیوار
شکم میں سا مزمن قسم کا چھاجن پیدا ہو جاتا ہے، جو کچھ عرصہ بعد سلعہ سرطانیہ[3] قشریہ

---

[1] ایڈینوما۔
[2] اپی تھیلی اوما
[3] اسکوئی مس کارسی نوما۔

میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ اسی طرح جو لوگ مختلف کارخانوں میں کام کرتے ہیں، اور انہیں مختلف قسم کے کیمیاوی سمی مواد (مثلاً قطران[1] وغیرہ) سے واسطہ پڑتا ہے، ان میں مختلف قسم کی رسولیاں پیدا ہوجاتی ہیں۔

جغرافی حیثیت سے محض سرطان پر غور کیا گیا ہے، اور یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ مرض جنگلی، پست اور مرطوب مقامات میں زیادہ ہے۔ جہاں وقتاً فوقتاً سیلاب آیا کرتا ہو۔ نیز یہ بھی پتہ چلا ہے کہ بعض گھروں اور خاندانوں میں بلحاظ تناسب کے اس مرض کی کثرت ہے؛ جس سے لوگ خیال کرتے ہیں کہ یہ مرض متعدی ہے؛ اگرچہ اس کثرت کے دوسرے اسباب معاونہ بھی ہوسکتے ہیں۔

عمر:- تمام رسولیوں کے لئے کوئی خاص اسلوب مقرر نہیں ہے بلکہ مختلف اقسام کے لحاظ سے اس بارہ میں اختلاف ہے۔ چنانچہ سلعات حمیدہ (سلیمہ) ہر عمر میں ہوسکتے ہیں؛ اگرچہ اس میں استثنا بھی ہے؛ مثلاً پستان کا سلعہ غدیہ اور رحم کا سلعہ لیفیہ[2] اُسی زمانہ میں پیدا ہوتا ہے جبکہ ان کے افعال ندورپر ہوں۔ اسی طرح بعض قسم کے سلعۂ عظمیہ[3] جو ہڈی بننے والے (متعظم) غضروف سے پیدا ہوتے ہیں، وہ اسی بافت کی بڑھوتری کے زمانہ میں پیدا ہوسکتے ہیں۔

جنس:- اورام حمیدہ اور سلعہ لحمیہ[4] میں جنس کا کوئی اثر ثابت نہیں ہوا ہے، لیکن عورتیں سرطان میں مردوں سے زیادہ مبتلا ہوتی ہیں، کیونکہ یہ مرض زیادہ تر رحم اور پستان میں ہوا کرتا ہے۔ دہانہ اور

---

[1] ٹار - قطران

[2] آسٹی اوما

[3] فائی برو ما

[4] سارکوما۔

مجرائے غذا کے دیگر اجزا کا سرطان، عورتوں سے زیادہ مردوں ہی میں ہوا کرتا ہے۔

تقسیم بلحاظ بدنی علامات۔ سلعات کی دو بڑی قسمیں ہیں سلیمہ وخبیثہ +

(۱) **سلعات حمیدہ یا غیر خبیثہ** یعنی غیر مہلک رسولیاں، ان رسولیوں کی ساخت اسی حصہ جسم سے ہوتی ہے، جس میں یہ پائی جاتی ہیں،

یہ رسولیاں بالعموم ایک غلاف میں ملفوف ہوتی ہیں، یا جب یہ پھیلی ہوئی ہوتی ہیں۔ تو ان کے مواد بدنی ساختوں میں نا فذا ور مترشح نہیں ہوتے +

غدد جاذبہ (غدد مائیہ) تک انکا عدوی نہیں پہنچتا +

ان رسولیوں کی ساخت نہ تو گلتی ہے (متقرح ہوتی ہے) اور نہ کسی مادہ میں تبدیل ہوتی ہے۔ یہ رسولیاں کمل عمل جراحی اور استیصال کے بعد دوبارہ پیدا نہیں ہوتیں +

یہ مدت تک یکساں حالت میں رہکر یا تو بالعموم چھوٹی چھوٹی ہو جاتی ہیں، اور یا مردہ ہو کر منعدم ہو جاتی ہیں، (پھیلتی نہیں ہیں) +

اس قسم کی رسولیاں کسی مزاج سے خاص تعلق نہیں رکھتیں، اور نہ یہ موروثی ہوتی ہیں، یہ تعداد میں اکثر ایک اور گاہے متعدد ہوتی ہیں۔

انکی ایک خصوصیت یہ ہے کہ ان میں درد نہیں ہوتا +

ان سے اگر زندگی معرض خطر میں ہوتی ہے، تو اسکی وجہ ردائت مادہ نہیں ہوتی، بلکہ محض انکا آلی اثر (جسمانی عمل)، مثلاً جب غدۂ درقیہ

میں سلعہ غدیہ پیدا ہوجاتا ہے، تو یہ قصبۂ ریہ پر دباؤ ڈالکر مہلک نتائج پیدا کرسکتا ہے۔

(۲) **سلعات خبیثہ** یعنی مہلک رسولیاں، ان کا آغاز محض ایک مرکز سے ہوا کرتا ہے (یعنی یہ ابتدائً متعدد نہیں ہوتی ہیں)۔

یہ رسولیاں بڑھتی ہیں اور دور کے اعضاء تک پھیل سکتی ہیں لیکن بعض مقامات پر ان کی ترقی کم ہوتی ہے۔

بعض رسولیاں خاص درجہ پر پہنچکر گلنا (متقرح ہونا) شروع ہوجاتی ہیں، ان سے متعفن پیپ اور تاکُل بکثرت خارج ہوتے ہیں، ان کا عدوی متعلقہ غدد جاذبہ میں سرایت کرجاتا ہے، یہ رسولیاں مکمل طور پر منقطع کرنے کے بعد بھی دوبارہ پیدا ہوجاتی ہیں۔ اگر ان کو وقت پر خارج نکیا جائے، تو مہلک ثابت ہوسکتی ہیں۔

ان میں اکثر قلۃ الدم کی علامتیں پائی جاتی ہیں، اور بدن کمزور ہوجاتا ہے۔

ان رسولیوں کی ساخت اُس ساخت سے مختلف ہوتی ہے، جس میں یہ موجود ہوتی ہیں۔

ان رسولیوں سے موت کیوں واقع ہوتی ہے؟ اسکا جواب عموماً یہ دیا جاتا ہے کہ موت کا باعث درد ہوتا ہے، اور ان بعض سمیات زہرین کا انجذاب، جو ان سلعات میں پیدا ہوتے ہیں۔ لیکن اگر سلسلۂ واقعات کو بغور دیکھا جائے تو موت کی وجہ موقعہ اور محل کی نزاکت واہمیت ہوتی ہے، جہاں یہ رسولیاں ابتدائً یا ثانوی طور پر پیدا ہوتی ہیں: مثلاً دماغ کی رسولی سے جو موت واقع ہوتی ہے، تو اسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ

اس رسولی کا دباؤ غیر معمولی طور پر دماغ پر پڑتا ہے، خواہ یہ رسولی خبیث ہو، یا سلیم۔ اسی طرح مُنہ کے سرطان سے اگر موت واقع ہوتی ہے تو اسکی وجہ یا یہ ہوتی ہے کہ اس سے عفونی[1] ذات الریہ پیدا ہو جاتا ہے۔ یا یہ کہ اس سے غیر معمولی جریان خون ہوتا ہے۔ علیٰ ہذا مری کا سرطان اس وجہ سے مہلک ہوتا ہے کہ یہ فاقہ (عدم غذار) کا سبب بن جاتا ہے۔ یا یہ کہ اگر اس سے قصبہ ریہ چھد جائے، تو یہ عفونی ذات الریہ پیدا کر کے ہلاکت کا سبب ہوتا ہے۔ بواب کا سرطان فاقہ (عدم غذار) سے موت پیدا کرتا ہے۔ آنتوں کا سرطان انسداد امعار کا موجب بن جاتا ہے، اور موت التہاب باریطون (ورم صفاق) سے واقع ہوتی ہے۔ نیز بہت سے ایسے واقعات بھی ملتے ہیں جن میں موت انتشار کے امراض سے ہوتی ہے۔ لیکن اس کے علاوہ ہیں موت کے اسباب آلیہ (اسباب جسمانیہ) بھی ملتے ہیں؛ مثلاً اگر تقریبًا سارا جگر نئی افزائشوں (تولدات جدیدہ) سے بھر جائے، تو یہ اپنی اہم خدمت (مواد غذائیہ کے تغیرات) انجام نہ دیسکیگا۔ اسی طرح اگر ثانوی طور پر کوئی عُقدہ حرام مغز میں پیدا ہو جائے۔ یا اسپر دباؤ ڈالے، تو اس سی التہاب نخاعی[2] ستعرض پیدا ہو جاتا ہے۔

اصطفاف سلعات (رسولیوں کی جماعت بندی) :-

اوّل وہ رسولیاں ہیں، جو کہ نسیج واصل سے بنتی ہیں، (نسیج واصل کی جماعت) اور یہ دو قسم کی ہیں، (۱) جو جنینی نسیج واصل پر مشتمل

[1] سپٹک نمونیا۔ [2] حرام مغز کے التہاب کی ایک قسم ہے جس میں التہاب حرام مغز کے عرض میں ہوتا ہے، نہ کہ اسکے طول میں۔ [3] امبرائے نک کنکٹو ٹشو۔

ہوتی ہیں، مثلاً سلعہ لحمیہ[1]۔

(۲) جو مکمل نسیج واصل سے بنتی ہیں، مثلاً سلعۂ مخاطیہ، شحمیہ، لیفیہ، غضروفیہ، عظمیہ، عضلیہ، عصبیہ، وعائیہ (عروقیہ)، بستیہ، مائیہ (لمفاویہ)۔

دوم۔ وہ سلعات جو پورے طور پر یا زیادہ تر بشرۂ ظاہرہ[2] سے بنتے ہیں:۔

یہ رسولیاں گاہے حلمات (بلندیوں) یا گلٹیوں سے مشابہ ہوتی ہیں، یا گاہے بے قاعدہ طور پر نسیج واصل میں مترشح ہو جاتی ہیں، اس وجہ سے یہ ذیل کی صورت میں منقسم ہو سکتی ہیں:۔

(الف) وہ رسولیاں جو حلمات سے مشابہ ہیں:۔

سلعۂ حلمیہ[3]
- کریاتِ قشریہ[4] کے
- کریاتِ مکعبہ (نردیہ)[5] کے
- کریاتِ اسطوانیہ[6] کے

(ب) وہ رسولیاں جو گلٹیوں سے مشابہ ہیں:۔

سلعۂ غدیہ[7]
- کریات مکعبہ (نردیہ) کے
- کریات اسطوانیہ کے

---

[1] سارکوما۔

[2] بشرۂ ظاہرہ (اپی تھیلیم) سے مراد جلد اور غشاء مخاطی کا استر ہے اور بشرۂ باطنہ (انڈو تھیلیم) سے مراد غشاء رقیقہ، عروق جاذبہ کے جوف، جوڑوں کے جوف ... کے دوسرے ... جوفوں کی استر کرنے والی جھلی ہے۔

[3] پے پلوما

[4] اسکوئمس سلڈ

[5] کیوبائڈل سلڈ

[6] کولمنر سلڈ

[7] اڈینوما

(ج) بے قاعدہ اور بے ڈھنگی رسولیاں :-

سلعہ سرطانیہ (سرطان) { کریات تشریہ کے (سلعہ بشریہ) / کریات مکعبہ (زردیہ) کے (سرطانیہ غدیہ) / کریات اسطوانیہ کے

سویم :- وہ رسولیاں جو بشرۂ باطنہ (بطانہ) سے بنتی ہیں :-

سلعہ بطانیہ (بشریہ باطنہ)

سلعہ بطانیہ محیطہ

چہارم :- وہ رسولیاں جو دوسرے جنین کے کسی حصے کے داخل ہوجانے اور گھس جانیسے بنتی ہیں :-

سلعہ مسخوطیہ

جماعت اوّل۔ نسیج واصل کے سلعات

(ا) وہ رسولیاں جو جنینی نسیج واصل سی بنتی ہیں (سلعہ لحمیہ)

سلعہ لحمیہ

سلعہ لحمیہ ایک خبیث رسولی ہے جو نسیج واصل کی ایک مخصوص

سلہ کارسی نوما	سے اپی تھیلی اوما
سلہ گلینڈولر کارسی نوما	سلہ انڈوتھیلیم
سلہ انڈوتھیلی اوما	سلہ پری تھیلی اوما
سلہ سلعہ مسخوطیہ ٹیراٹوما۔ مسخوط (ماسٹر) ناقص الخلقت جنین، یا فاسد الخلقت مولود جسکے اعضا صحیح شکل و صورت کے نہوں	
سلہ سارکوما	

غیر مکمل (جنینی) قسم پر مشتمل ہوتی ہے۔ نسیج واصل کی دوسری رسولیاں ساری کی ساری غیر خبیث ہوا کرتی ہیں۔

سلعۂ لحمیہ میں کریات (خلیات) پائے جاتے ہیں، جن کے مابین نسیج بین الخلیات کی ایک خفیف مقدار پائی جاتی ہے۔ سلعہ لحمیہ کے خلیات اسکے مختلف گروہوں میں اختلاف رکھتے ہیں۔ چنانچہ گاہے یہ خلیات خون کے سفید دانوں کے مانند ہوتے ہیں، اور گاہے بڑے اور گول، گاہے، بیضوی، فانوسی، تکلہ نما، اور مدوّر ہوتے ہیں، اور مادّہ ملوّنہ (صبّاغ) سے بھرے ہوئے نظر آتے ہیں، گاہے ان کا مادہ غضروفی یا استخوانی ہوجاتا ہے۔ ان میں عروق بکثرت ہوتے ہیں، اس قسم کی رسولی کی ساخت بہت جلد متقرح ہوتی ہے، ان سے جریان خون ہوتا ہے۔ ان کو کھرچنے سے دودھیا رطوبت نکلتی ہے۔ ان میں سے بعض رسولیاں ابتدائً غلاف میں ملفوف یا محدود ہوتی ہیں، اور بعض بغیر غلاف کے ہوتی ہیں، لیکن یہ ایک حقیقت ہے کہ آخر میں یہ متصلہ ساختوں میں پھیل جاتی ہیں۔ ان میں سے بعض رسولیوں کی رفتار (سرایت) اسقدر تیز ہوتی ہے، کہ ایک سال کے اندر موت واقع ہوتی ہے ÷

ان رسولیوں میں خون ہمیشہ بہت کثرت سے پہنچتا ہے، حتیٰ کہ بعض اوقات یہ سلعۂ نابضہ (تڑپنے والی رسولی) بن جاتی ہیں۔ خون کی جورگیں ان رسولیوں میں ہوتی ہیں، وہ خلیات کے درمیان کھلی ہوئی ہوتی ہیں۔ اسلئے ان فضاؤں میں جریان خون بکثرت ہوتا رہتا

سلہ انٹرسیلیولرٹشو	سلہ پگ منٹا

ہے (منزلیف خلالی)، اسلئے وریدوں کے ذریعہ انکا دوسری ساختوں میں پھیل جانا آسان ہوتا ہے. اس سے ظاہر ہے کہ جو سلعات ثانوی طور پر پیدا ہوتے ہیں، وہ زیادہ تر پھیپھڑوں میں ہوتے ہیں. ہاں اگر ابتدائی اور اصلی رسولی باب الکبد کے رتبہ میں ہو، تو یہ ثانوی سلعہ جگر میں ہوگا. بہرحال پھیپھڑوں اور جگر کے ماؤف ہونے کے بعد دوسرے احشا بھی مبتلا ہو سکتے ہیں. شاذونادر طور پر غدد جاذبہ (مائیہ) بھی ماؤف ہوجاتی ہیں. علی الخصوص یہ صورت سلعۂ لحمیہ سوداویہ میں، سلعہ لحمیہ مائیہ میں، اور لوزہ، خصیہ اور رغدۂ ورقیہ کے سلعہ لحمیہ میں زیادہ واقع ہوتی ہے، گاہے ان میں ثانوی تغیرات واقع ہوتے ہیں، مثلاً انکا مادہ مادۂ بلغمیہ، یا شحمیہ یا دمویہ میں تبدیل ہوجاتا ہے.

سلعہ لحمیہ کو جب کاٹا جاتا ہے، تو یہ بظاہر ہم رنگ (متشابہ و ہم جنس) معلوم ہوتا ہے. لیکن خونی رگوں کی کثرت و قلت کے اعتبار سے اسکا رنگ مختلف ہوتا ہے. چنانچہ سلعہ لحمیہ لیفیہ میں اسکا رنگ بھورا سفید ہوتا ہے، اور سلعہ لحمیہ مخیہ میں گہرا سُرخ؛ اسی طرح ان دونوں کے درمیان کے مراتب پائے جاتے ہیں.

سلعۂ لحمیہ گاہے خلقی ہوتا ہے، اور گاہے دوسری عمروں میں پیدا ہوجاتا ہے.

اقسام سلعات لحمیہ کی قسمیں اُن خلیات کے اعتبار سے بیان کی جاتی ہیں، جو ان میں پائے جاتے ہیں.

؎۱ میلانالک سارکوما	؎۲ فائبروسارکوما
؎۳ مائی لائڈ سارکوما	

(۱) **گول کریات والے سلعات لحمیہ**۔ یہ رسولیاں گول، نوات والے کریات (کریات مستدیرہ نودیہ) کے ایک مجموعہ پر مشتمل ہوتی ہیں، اور ان کریات کے درمیان مادہ بین الکریات بہت تھوڑا ہوتا ہے +

اس قسم کی رسولیاں بہت تیزی سے ترقی کرتی ہیں، اور بہت جلد سرایت کرکے پھیل جاتی ہیں۔

اسکی تین قسمیں ہیں:-

چھوٹے گول کریات والے سلعات لحمیہ۔ اس قسم کی رسولیاں زیادہ عام ہیں اور زیادہ مہلک ہوتی ہیں۔

بڑے گول کریات والے سلعات لحمیہ، اس قسم کے کریات (دانے) بڑے ہوتے ہیں، اور یہ خانہ دار ہوتی ہیں: اور یہ مقدم الذکر کی بہ نسبت کم مہلک ہیں:

سلعات لحمیہ مائیہ۔ جنکے کریات اگرچہ چھوٹے ہوتے ہیں، لیکن اسکے مادہ بین الکریات کے اندر ایک قسم کی جا لیدار بافت (نسیج شبکی) پائی جاتی ہے۔ یہ غدد مائیہ یا نسیج غدی سے شروع ہوتی ہیں، اور بہت جلد مہلک صورت اختیار کرلیتی ہیں:

بعض سلعات دماغ کی نسیج خلوی کے مانند ہوتی ہیں، جو دماغ میں پائی جاتی ہیں، ان کو سلعۂ غرویہ (دبلا میہ) یا

---

۱ راونڈ سلڈ سارکوما	۲ اسمال راونڈ سلڈ سارکوما
۳ لارج راونڈ سیلڈ سارکوما	۴ لمفو سارکوما
۵ گلائی اوما	

سلعۂ لحمیہ قروبہ رہلامیہ کہتے ہیں۔

(۲) تکلہ نما کریات والے سلعات لحمیہ۔ اس قسم کی رسولیوں کے کریات اگرچہ مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ مگر ان کی شکل تکلہ نما (مغزلی) ہوتی ہے۔ جب کریات (خلیات) کے درمیان نسیج لیفی کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔ تو ان کو سلعات لحمیہ لیفیہ کہا جاتا ہے۔ بسا اوقات انکے اندر نا تمام اور غیر مکمل شفاف کری کے ٹکڑے پائے جاتے ہیں۔

ان میں سے بعض رسولیاں چھوٹی کریات کی ہوتی ہیں۔ ان کو چھوٹے تکلہ نما کریات والے سلعات لحمیہ کہتے ہیں۔ یہ سبز رنگ کی ہوتی ہیں۔ اور ان سے سبز رنگ کی رطوبت نکلتی ہے۔ یہ اکثر جلدی لفائف اور اوتار پر پیدا ہوتی ہیں۔ اور بعض بڑے کریات کی ہوتی ہیں (بڑے تکلہ نما کریات والے سلعات لحمیہ) اس قسم کی رسولیوں سے خونی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ اور یہ ہڈیوں اور غشائے عظمی پر اور گاہے پستانوں میں بھی پائی جاتی ہیں۔

(۳) سلعات لحمیہ سنخیہ (مجوفہ)۔ انکے کریات اگرچہ گول ہوتے ہیں۔ مگر یہ ممتاز و غائیوں کے ذریعہ باہم مرتب ہو کر ننے خانے (اسناخ) بناتے ہیں۔

سلعۂ لحمیہ سوداویہ۔ اس کو بعض لوگ سلعات سرطانیہ کے

۱ گلالی پوسار کوما	۵ اسپنڈل سیلڈ سارکوما
۲ فائبرو سارکوما	۶ اسمال سپنڈل سیلڈ سارکوما
۳ لارج سپنڈل سیلڈ سارکوما	۷ پیری اوسٹی آم
۴ الوی اولر سارکوما	۸ اسٹرو [illegible] ۹ میلانوٹک سارکوما

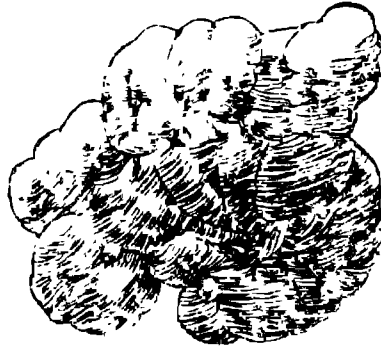
قبیلے سے شمار کرتے ہیں، یہ رسولیاں بہت خبیث ہوتی ہیں، اگرچہ بعض اوقات انکی غیر خبیث قسمیں بھی پائی جاتی ہیں۔ یہ ابتدائً رنگین ساختوں میں، مثلاً جلد اور طبقۂ شبکیہ میں پیدا ہوتی ہیں۔ اس قسم کے سلعہ کے کریات گول یا تکلہ نما ہوتے ہیں، جو جونوں (خانوں) کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں۔ اور ان کریات کے اندر بھورے رنگ کا مادہ (سوداء) ہوتا ہے۔ ابتدائً یہ رسولی بنتی ہے تو اسکا رنگ ہلکا ہوتا ہے، اور اسکی شکل چپٹے طبقہ یا سلعۂ حلمیہ کے مانند ہوتی ہے لیکن ثانوی طور پر جو افزائشیں ہوتی ہیں، اسکا رنگ گہرا سیاہ ہوتا ہے۔ اس قسم کی رسولی کی ابتداء عموماً رنگین مسہ یا خال سے ہوا کرتی ہے۔

سلعۂ لحمیہ جب مختلف رسولیوں کے ہمراہ پائی جاتی ہے، تو اس کو سلعہ لحمیہ مرکبہ کہتے ہیں؛

سلعہ لحمیہ کا علاج:۔ جس قدر جلد ہو سکے، سلعہ لحمیہ کو بذریعہ عمل جراحی نکالڈالیں۔ اور جس جگہ عمل جراحی ناممکن ہو، وہاں سرطان کے مانند علاج کریں۔

محلول کولی (سیال کولی) بمقدار نصف قطرہ، جسکو بتدریج آٹھ قطرات تک بڑھایا جائے، گاہے اُن صورتوں میں موجب شفا ہو گیا ہے، جن میں عملیت جراحیہ سے کاٹ کر علیحدہ کرنا ناممکن تھا

محلول کولی کردیات عقدیہ صدیدیہ اور کرویات دقیقہ عجیبہ کی

۵۲ میلانین	۵۲ بے لی ادما
۵۳ مکسڈ سارکوما	۵۴ کولیز فلوئڈ
۵۵ اسٹرپٹوکوکس پایوجے نیز	۵۶ مائکروکوکس پری ڈی جیوسس

تصویر (۱)

سلعۂ شحمیہ (چربی کی رسولی) جس میں اس کے مخصوص قسم کے فصوص (لوتھڑے) دکھائے گئے ہیں ؎

مطہر کی ہوئی کاشت ہے، یعنی ان جراثیم کو مخصوص اینیوب (ونشط) میں پیدا کرکے مطہر (عقیم) کر لیا جاتا ہے۔

(۲) وہ رسولیاں جو مکمل ورنجیتہ نسیج واصل سے بنتی ہیں

سلعاتِ شحمیہ (شحمیات) یعنی شحمی رسولیاں۔ تمام سلعات میں یہ سادہ ترین قسم ہیں۔ یہ رسولیاں شحمی مادہ سے بنتی ہیں، جو گاہے لیفی بافت (ریشہ دار بافت) کے غلاف میں ملفوف ہو کر محدود و مقامی ہو جاتی ہیں، اور بعض اوقات پھیلی ہوئی ہوتی ہیں۔

شحمی رسولیاں جب محدود و مقامی ہوتی ہیں۔ تو نرم اور لیسلی (نیم توجی) ہوتی ہیں، اور ان پر بیقاعدہ سی گرہیں (گانٹھیں) یا لوتھڑے نظر آتے ہیں۔ جو گاہے جلد کے ساتھ چسپاں اور گاہے اس سے الگ رہتی ہیں۔ اگر کسی شحمی رسولی پر دباؤ پڑے، تو یہ آس پاس کی ساختوں کے ساتھ چسپاں ہو جاتی ہے۔

یہ مختلف مقامات پر پائی جاتی ہیں، لیکن زیادہ تر انکا حدوث جلد کے نیچے ہوتا ہے۔ اگرچہ یہ گاہے غشا ء رمانی کے نیچے، غشاء زلالی یا غشاء مخاطی کے نیچے عضلات کے مابین، یا ان کے اندر، غشاء عظمی یا دماغ و حرام مغز کی جھلیوں کے ساتھ بھی پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان میں درد بالکل نہیں ہوتا، یہ رسولیاں عموماً ایک اور گاہے متعدد ہوتی ہیں، اور یہ بہت آہستہ آہستہ بڑھتی ہیں۔ بعض اوقات یہ بہت بڑی ہو جاتی ہیں، چنانچہ بعض رسولی ۳۵ سیر وزن تک کی بھی نکالی گئی ہے۔

اس قسم کی رسولی میں بوجھ کے سوا اور کوئی تکلیف نہیں ہوتی،

لہ لیپوما

یہ بالعموم متقرح نہیں ہوتیں، لیکن گاہے التہاب کی وجہ سے ان میں پیپ پڑ جاتی ہے، گاہے یہ اپنی جگہ سے اوپر یا نیچے کی طرف منتقل ہو جاتی ہے۔ اور یہ ہر عمر میں پیدا ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ محدود سلعہ شحمیہ کی تشخیص خُراج مزمن[۱] اور سلعہ کیسیہ[۲] (تھیلی دار رسولی) سے ابرۂ استقصار[۳] داخل کرکے کرتے ہیں، چنانچہ خُراج مزمن سے پیپ اور تھیلی دار رسولی سے رطوبت نکلتی ہے۔ لیکن سلعۂ شحمیہ سے خون برآمد ہوتا ہے، نیز سلعہ شحمیہ میں کنارے پر دبانے سے رسولی انگلیوں کے نیچے سے کھسکتی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔

سلعہ لحمیہ سے اس طرح تشخیص کرتے ہیں، کہ سلعۂ لحمیہ میں چٹکی لینے سے جلد پر مطلق نشان نہ ہوگا، لیکن سلعۂ شحمیہ میں خفیف سا نشیب پیدا ہو جاتا ہے۔

سلعہ شحمیہ منتشرہ (پھیلی ہوئی چربیلی رسولی) چربی کی غیر طبعی افزائش ہے جو زیر جلد بافت میں پیدا ہو جاتی ہے، یہ مرض شرابیوں میں جو محنت کم کرتے ہیں، اکثر ہوتا ہے۔ یہ رسولی غلاف میں ملفوف نہیں ہوتی ہے۔ اور اکثر اوقات یہ متعدد ہوتی ہے، جو باہم تقریباً ہمیشہ متناسب (ہم رنگ و ہم شکل) ہوتی ہیں۔ یہ زیادہ تر تھوڑی کے نیچے یا پشتِ گردن پر، اور شاذونادر عانہ (پیڑو) پر پیدا ہوتی ہیں۔

---

[۱] کرانک ابسس [۲] سسٹک ٹیومر

[۳] اکس پلورنگ نیڈل۔ ایک قسم کی چپٹی اور نالیدار سوئی ہوتی ہے، جسے ایسے مقام پر چبھویا جاتا ہے، جہاں یہ امید ہوتی ہے کہ کوئی رطوبت مثلاً پیپ، خون یا مائیت موجود ہو۔ تاکہ اسکا پورا پورا یقین ہو جائے کہ یہاں کس قسم کی رطوبت ہے۔ [۴] ڈی فیوز لیپوما

تصویر (۲)

سلعۂ شحمیہ منتشرہ (چربی کی پھیلی ہوئی رسولی)

سلعہ شحمیہ گا ہے چربی اور دوسری ساختوں سے مخلوط و مرکب ہوا کرتی ہے، یعنی اس کے اندر چربی کے ساتھ دوسری ساختیں ملی ہوئی ملتی ہیں. چنانچہ جس قسم کی چیزیں اسکے اندر پائی جاتی ہیں۔ اسی لحاظ سے انکے نام رکھے جاتے ہیں، مثلاً شحمیہ لیفیہ[51] (جس میں چربی کے ساتھ لیفات یعنی ریشے پائے جاتے ہیں)، شحمیہ مخاطیہ[52] (جس کے اندر چربی کے ساتھ بلغم یا مخاط پایا جاتا ہے). شحمیہ عروقیہ[53] یا وحمیہ (جس کے اندر چربی کے ساتھ پھیلی ہوئی رگیں، عموماً وریدیں ملتی ہیں). یہ آخری صورت زیادہ تر بچوں میں ملتی ہے اور یہ خلقی طور پر زیرین اطراف میں پائی جاتی ہے. یہ اپنے بوجھ کی وجہ سے بدنی حرکات میں رکاوٹ پیدا کرتی ہے.

علاج:- سلعات شحمیہ کا علاج استیصال (جڑ سے دور کر دینا) ہے، جو ایک آسان عملیت ہے. اس دستکاری میں احتیاط یہ رکھنی چاہئے کہ رسولی غلاف سمیت باہر آجائے، اور اسکے لوتھڑے یا اسکا کوئی حصہ اندر باقی نہ رہے، ورنہ یہ بڑھکر دوبارہ لوٹ آتی ہیں +

اگر سلعہ شحمیہ منتشرہ ہو تو اسکا علاج یہ ہے کہ شراب روک دی جائے اور جسمانی ورزش کا مشورہ دیا جائے. ورنہ بالآخر دستکاری کی جائے.

شحمیت مؤلمہ[54] (دردانگیز چربی) اُس حالت کا نام ہے جبکہ کسی مقام پر چربی غیر معمولی طور پر اکٹھی ہو جاتی ہے، اور اس کے ساتھ

---

[51] فائبرو لیپوما [52] مائی زولیپوما [53] انجیو لیپوما = نیو ولیپوما

[54] ایڈی پوسس ڈولوروسا

درد اور حساسیت (ذکاوت ونزاکت) موجود ہوتی ہے۔ برعکس اسکے چربی کی معمولی رسولیوں میں یہ دونوں باتیں نہیں ہوتی ہیں۔ یہ مرض عموماً ادھیڑ عمر کی عورتوں میں لاحق ہوتا ہے، اور گاہے ایک ہی خاندان کے مختلف اشخاص اس میں مبتلا پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کی بیماری کا علاج یہ ہے کہ غدۂ درقیہ کا خلاصہ استعمال کیا جائے۔

سلعۂ لیفیہ (ریشہ دار رسولی)

یہ رسولی نسیج لیفی (ریشہ دار بافت) پر مشتمل ہوتی ہے اس کی دو قسمیں ہیں، سخت اور نرم۔ عموماً یہ رسولیاں سادہ ہوا کرتی ہیں، لیکن بعض اوقات یہ سلعۂ لحمیہ لیفیہ بن کر خبیث ہوجاتی ہیں۔

سلعۂ لیفیہ صلبہ (سلعۂ رباطیہ) یعنی ریشہ دار سخت رسولی جو عضلات کے لفافوں، اوتار کے غلافوں، اور ہڈی کی جھلیوں کے ساتھ پیدا ہوتی ہیں۔ یہ زیادہ تر سوڑھے میں، تجویف انفی حلقی میں اور اعصاب کے غلافوں پر پائی جاتی ہیں۔

ماہیت: ان رسولیوں کے الیاف کبھی متوازی رفتار پر چلتے ہیں، گاہے حلقہ دار اور دائرہ دار اور گاہے ایک دوسرے سے پیچیدہ طور پر ملتے ہیں، ان میں سے بعض رسولیاں عروقی ہوتی ہیں اور بعض میں عروق کم ہوتی ہیں۔ اس قسم کی رسولیاں سخت ہوتی ہیں، جو بعض اوقات بیضوی شکل کی اور بعض اوقات چند حصوں میں منقسم

سلہ بھائی رائڈ ایکس ٹریکٹ	۵۲ فائی بروما
۵۳ فائی بروسارکوما	۵۴ ہارڈ فائی بروما
۵۵ ڈسمائڈ ٹیومر	

ہوتی ہیں، یہ رسولی تعداد میں اکثر ایک ہوتی ہے، اور ان کی بالیدگی سست ہوتی ہے، اور اگر یہ ایک سے زیادہ ہوں تو ایک ہی عضو میں ہوتی ہیں، بعض صورتوں میں یہ متقرح ہوکر پیپ کے ہمراہ زخم کے راستے سے خارج ہوجاتی ہیں۔

علاج:۔ رسولی کو نکال ڈالیں، کیونکہ یہ نہیں معلوم کہ یہ کب سلعہ لحمیہ بن جائیگا۔ بعض اوقات رسولی کے ساتھ وہ عضو بھی نکال دیا جاتا ہے، جس میں رسولی واقع ہوتی ہے، بشرطیکہ وہ عضو نکالنے کے قابل بھی ہو۔

سلعہ لیفیہ لیتنہ[1] (ریخوہ)

اس قسم کی رسولی نرم اور لچکدار ہوتی ہے، یہ رسولی عنیقی[2] ہوتی ہے، اور یہ زیادہ تر جلد اور غشاء مخاطی کے نیچے کی ساخت (نسیج لیفی خلوی) میں بنتی ہیں۔ یہ مختلف شکلوں میں ملتی ہے۔ گاہے یہ سطح پر چھوٹی چھوٹی گانٹھوں کی شکل میں پھیلی ہوئی ہوتی ہے جس سے جلد چنٹ دار (مجعد) ہوجاتی ہے۔ اور گاہے جلد بدن کے بہت بڑے رقبہ کو گھیر لیتی ہے۔ اور ڈھیلی چنٹیں بن جاتی ہیں۔

سلعۂ غضروفیہ

سلعۂ[3] غضروفیہ (غضروفی رسولی) غضروف زجاجی (شفاف) پر مشتمل ہوتی ہے۔

---

[1] سافٹ فائبرومیٹا۔ [2] یعنی بذریعہ پتلی جڑ کے اصل عضو سے لگی ہوتی ہے۔

[3] کارٹی لی جی نس ٹیومر

اسکی تین قسمیں ہیں۔ (۱) سلعہ غضروفیہ[۱] (حقیقیہ) جسکا یہی مطلق نام ہے۔ (۲) زوائد غضروفیہ[۲] (۳) جوڑوں کی ڈھیلی کریاں (غضاریف منتشر سیلہ[۳])۔

(۱) سلعہ غضروفیہ کے گردلیفی ساخت کا غلاف ہوتا ہے۔ اسکی ترقی بہ آہستگی ہوتی ہے۔ اور یہ بے خطر (سلیم) ہوا کرتی ہے۔ لیکن گاہے یہ سلعہ لحمیہ غضروفیہ میں تبدیل ہوجایا کرتی ہے۔ غضروفی رسولی سخت ہوا کرتی ہے۔ اور عموماً متعدد پائی جاتی ہے۔ اکثر لمبی ہڈیوں کے ساتھ ان کے غضاریف کردوسیہ کے قریب پیدا ہوا کرتی ہے۔ ان رسولیوں کے کئی لوتھڑے ہوا کرتے ہیں۔ اور یہ زیادہ تر بچوں اور نوعمروں میں نظر آیا کرتی ہیں۔ یہ رسولی لمبی ہڈیوں میں اکثر ان کی سطح پر ہوا کرتی ہے۔ گاہے یہ ہڈی کے اندر بھی ہوا کرتی ہے۔ علی الخصوص ہاتھ کی چھوٹی ہڈیوں میں۔ جب یہ رسولی ہڈی کے اندر ہوتی ہے، تو ہڈی پھیل جایا کرتی ہے۔ یہ گاہے ملغمی[۴] مواد میں تبدیل ہوجایا کرتی ہے۔ بعض اوقات ہڈی کے ٹکڑے اس قسم کی رسولی کے اندر پائے جاتے ہیں۔

گاہے یہ غدد میں پیدا ہوتی ہے، مثلاً پستان، خصیہ، غدہ اصل الاذن (غدۂ نکف)، وغیرہ۔ وگاہے پھیپھڑوں میں پائی جاتی ہے۔

---

۱ کانڈروما   ۲ ای کانڈروسس

۳ لوز کارٹیلیجز   ۴ ایپی فیزیل کارٹیلیج۔ وہ کریاں جو لمبی ہڈیوں کے سروں کے پاس ہوتی ہیں

۵ میوکائڈ سبسٹنس   ۶ پیرا ائڈ گلینڈ

متعلق صفحہ ۲۲

تصویر (۳)

سلعات غضروفیہ متعددہ
(انگلیوں کے)

(۲) **زوائد غضروفیہ**، غضروف کی غیر طبعی زیادتیاں ہیں جیساکہ التہاب[1] مفصلی عظمی میں گاہے دیکھی جاتی ہیں۔

(۳) **غضاریف مُسترسِلَہ** (ڈھیلی کریاں) گاہے وہی زوائد غضروفیہ جوڑوں کے اندر پیدا ہوکر آزاد رہتے ہیں۔ یا جوڑ کی اصلی کری ٹوٹ کر اور بڑھکر مستقل صورت اختیار کرلیتی ہے۔

علاج۔ جلد میں شگاف دیکر اور رسولی کے غلاف کو چیر کر غضروفی رسولی کو بآسانی نکال ڈالیں، گاہے اُس حصے ہی کو کاٹ ڈالنے (عمل تبر) کی ضرورت پیش آتی ہے، جس میں رسولی واقع ہے، ایسا اُس وقت کرنا پڑتا ہے، جبکہ آس پاس کی اہم ساختوں میں اس سے شدید آفت پہونچنے لگتی ہے۔

یہ رسولی نکال لینے کے بعد بالعموم دوبارہ پیدا نہیں ہوتی۔

سلعہ عظمیہ (استخوانی رسولی)

یہ استخوانی بافت پر مشتمل ہوتی ہے یہ جب تک بڑھتی رہتی ہے اسوقت تک اسپر غضروف زجاجی (غضروف شفاف) کی ایک ٹوپی ہوتی ہے، جس سے یہ نمو پاتی رہتی ہے۔ جب یہ ٹوپی استخوانی مادہ میں تبدیل ہوجاتی ہے تو اِسکا نمو بھی بند ہوجاتا ہے۔

سلعہ عظمیہ کی دو قسمیں ہیں ۱۔ شبکیہ (جالیدار) جس کو اسفنجیہ بھی کہتے ہیں اور صلبہ (سخت) جس کو عاجیہ بھی کہتے ہیں۔

سلعہ عظمیہ شبکیہ (اسفنجیہ) اس میں جو استخوانی بافت

---

[1] آسٹیو آرتھرائی ٹس

پائی جاتی ہے وہ اسفنجی یعنے خانہ دار ہوتی ہے، یہ غضروف کردوسی لمبی ہڈیوں کے سرے کی کری کے ٹکڑوں سے بنتی ہے اسی وجہ سے یہ لمبی ہڈیوں، اور علی الخصوص زند اعلیٰ اور ران کی ہڈی کے سروں کے پاس پائی جاتی ہے. گاہے یہ عنیقی (ذو قائمہ) ہوتی ہے اور گاہے لازق (عدیم الذنب۔ بے دُم)۔

عنیقی یا ذو قائمہ ہونے سے مراد یہ ہے کہ یہ رسولی پتلی سی جڑ یا گردن کے ذریعہ وابستہ ہوتی ہے، اور لازق یا بے دُم ہونے سے مراد یہ ہے کہ اِس رسولی اور ہڈی کے درمیان پتلی سی جڑ یا تنگ گردن نہیں ہوتی ہے، بلکہ یہ رسولی اصلی ہڈی کے ساتھ چسپاں رہتی ہے۔

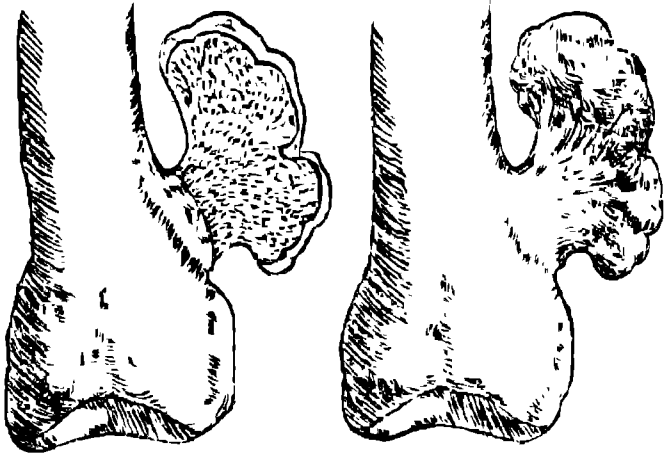
عموماً اِس رسولی کی افزائش اُسوقت بند ہوجاتی ہے جبکہ غضروف کردوسی ہڈی میں تبدیل ہوجاتی ہے، اسلئے کہ اسوقت کری کی ٹوپی بھی مادۂ عظمیہ میں منقلب ہوجاتی ہے. عظمی رسولیاں سخت ہوا کرتی ہیں اور جب تک یہ کسی عصب پر دباؤ نہیں ڈالتیں، اِن میں کوئی درد بھی نہیں ہوتا. یہ گاہے متعدد ہوتی ہیں اور دباؤ و رگڑ کے عصب سے گاہے اِن پر کیس زلالی (بلغمی تھیلی) بن جایا کرتی ہے.

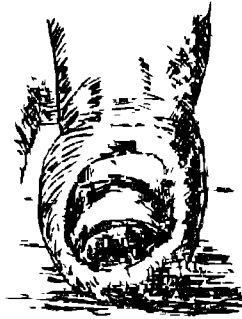
زیادات عظمیہ[1] کی دو قسمیں ہیں (۱) اوتار اپنے اتصال کے پاس ہڈی میں تبدیل ہوجائیں.

(۲) زیادت عظمیہ تحت الظفر (ناخن کے نیچے ہڈی کا بڑھ جانا) یہ پاؤں کے انگوٹھے کے اخیر پور میں ناخن کے نیچے نہایت دردناک صورت

[1] اگزاس ٹوسس

تصویر (۴)

سلعۂ عظمیہ صُلبہ (ہڈی کی سخت رسولی) ران کی ہڈی کے زیرین سرے میں +

تصویر (۵)

سلعۂ عظمیہ صُلبہ، جسکو کاٹ کر دکھلایا گیاہے، تاکہ یہ معلوم ہوسکے کہ اس میں غضروفی ساخت کہاں تک گئی ہوئی ہے +

تصویر (۶)

زیادت عظمیہ تحت الظُفر (ناخون کے نیچے ہڈی کا بڑھ جانا) +

میں ہوا کرتی ہے۔

علاج:۔ رسولی کو کھول کر کاٹ ڈالیں، اور اس میں احتیاط یہ رکھیں کہ کوئی غضروفی حصہ باقی نہ رہے ورنہ اعادۂ مرض کا اندیشہ ہے۔ اسی طرح جو رسولی ناخن کے نیچے ہوتی ہے، اس میں ناخن کو نکالنا پڑتا ہے۔ اسکے بعد دوسری ساختوں کو چیر کر رسولی کو ہڈی تک کاٹ لیا جاتا ہے۔

سلعۂ عظمیہ صلبیہ (عاجیہ) بہت ہی گھنی اور ٹھوس استخوانی بافت پر مشتمل ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے اسکو ہاتھی کے دانت (عاج) کیطرف منسوب کیا گیا ہے۔ یہ بسا اوقات چشم خانہ، فضائے جبہی، صماخ ظاہر (کان کا بیرونی سوراخ) زائدہ حلمیہ اور زیریں جبڑے کے گوشے پر پائی جاتی ہے۔ یہ رسولیاں اپنے نازک مقامات کی وجہ سے دوسرے اعضاء پر دباؤ ڈالکر شدید علامتیں پیدا کر سکتی ہیں۔

علاج:۔ جہاں موقع اور مقام کے لحاظ سے ممکن ہو رسولی کو کاٹکر الگ کر دیں۔

سلعہ سنیہ[1] (دانت کی رسولی) وہ رسولی ہے جو سنی یعنی دانتوں کی بافت پر مشتمل ہوتی ہے اور جرثومہ سنیہ (دانت کے تخم) یا بڑھتے ہوئے دانت کی کسی غیر طبعی حالت سے پیدا ہوتی ہے۔ سلعات سنیہ کی اہم اقسام یہ ہیں:

(۱) **سلعہ سنیہ بشریہ**[2]، اسے پہلے جبڑے کا "مرض لیفی کیسی[3]" کہا جاتا تھا۔ اس مرض میں فک اسفل عموماً مبتلا ہوتا ہے۔ یہ رسولی ایسی

[2] ایپی تھیلیل اوڈونٹوما	[1] اوڈونٹوما
	[3] فائبروسسٹک ڈیزیز آف دی جا

خلاؤں پر مشتمل ہوتی ہے، جنکے اندر بشرہ کا استر ہوتا ہے، اور بیڈول زوائد کی صورت میں دانتوں کے مینا سے بڑھتی ہے۔ یہ زیادہ تر نوجوانوں کو ہوتا ہے، اور اسکا حجم گاہے بہت بڑا ہوجاتا ہے۔

(۲) **سلعات سنیہ جرابیہ** اسکو اکثر اوقات اکیاس سنیہ بھی کہا جاتا ہے، یہ اس طرح پیدا ہوتے ہیں کہ کسی بد وضع اور بے محل دانت کے گرد، یا کسی بدہیئت دانت کے گرد جو اسنان دائمہ کے قبیلے سے ہو، ایک تجویف بنتی ہے! نیز یہ دانت چونکہ افقی طور پر ہوتا ہے، اسلئے اسکا باہر آنا اور نمو دار ہونا محال ہوجاتا ہے۔

(۳) **سلعہ سنیہ لیفیہ** کے بننے کی صورت یہ ہے کہ کسی دانت کی تھیلی کے گرد جو نسیج واصل (نسیج لیفی) ہوتی ہے، وہ کثیف اور سخت ہوجاتی ہے۔ یہ زیادہ تر حیوانات سفلی (ادنی درجہ کے جانوروں) میں دیکھا جاتا ہے۔ لیکن یہ بھی کہا جاتا ہے کہ یہ ان بچوں میں بھی ہوتا ہے، جو مرض کساح میں مبتلا ہوں۔

(۴) **سلعہ سنیہ جذریہ** اس رسولی کو کہا جاتا ہے، جو اس ملاط پر مشتمل ہوتی ہے، جو دانت کی جڑ (جذر) کے پاس پیدا ہوجاتا ہے۔ اس سے شدید درد پیدا ہوتا ہے، اور گاہے اس سے متصلہ ہڈی میں

سلہ ایمل آف ٹیتھ — سلہ فالی کیولر اوڈنٹوما

سلہ ڈنٹی فیرس سسٹ — سلہ فائبرس اوڈنٹوما

سلہ ریکٹس — سلہ ریڈیکیولر اوڈنٹوما

سلہ سیمنٹ۔ وہ عظمی ساخت کا طبقہ ہے جو دانت کی جڑ پر محیط ہوتا ہے۔ یہ معمولی عظمی ساخت سے اس [illegible] مختلف ہوتا ہے کہ اسکے اندر خاص قسم کے ریشے بکثرت ہوتے ہیں۔

عفونی التہاب رونما ہوجاتا ہے۔

(۵) سلعہ سنیہ مرکبہ[1]، جن مختلف ساختوں سے دانت کی ترکیب حاصل ہوتی ہے، وہ سب اس کے بنانے میں شریک ہوتی ہیں یہ رسولی جبڑے کے قریب پیدا ہوتی ہے۔ گاہے اسکا حجم بہت بڑا ہوجاتا ہے۔ بعض سلعات عظمیہ[2] جو فک اعلیٰ کے تجویف جبڑی کے اندر پیدا ہوتے ہیں، غالباً وہ اسی جنس سے ہوتے ہیں۔

سلعہ مخاطیہ[3] (بلغمیہ) وہ رسولی ہے جو نسیج واصل کے خلیات پر مشتمل ہوتی ہے، یہ خلیات بلغمی شکل کے مادۂ خلالی (مادہ بین الخلیات) کی ایک بڑی مقدار کے ذریعہ الگ رہتے ہیں، جس سے یہ مکڑی کے مانند نظر آتے ہیں۔ یہ رسولیاں چہرہ، مثانہ، امعا، اعصاب، اور حرام مغز میں پائی جاتی ہیں۔ بلغمی رسولیاں بسا اوقات سلعہ لحمیہ کے ساتھ ہوا کرتی ہیں۔

سلعہ عصبیہ[5] (عصبی رسولی) وہ رسولی ہے جو اعصاب کے غلاف کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ سلعہ عصبیہ حقیقیہ، جس میں عصبی بافت پائی جائے، بہت ہی نادر الوقوع ہے۔

سلعہ عصبیہ کی مندرجہ ذیل چار قسمیں ہیں۔

(۱) سلعہ عصبیہ کاذبہ منفردہ[6] کی دو قسمیں ہیں (۱) سلعہ لیفیہ یا حمیدہ (۲) سلعہ لحمیہ بلغمیہ یا خبیثہ۔ یہ رسولی یا جلد کے نیچے

[1] کمپوزٹ اوڈنٹوما	[2] بونی ٹیومرز
[3] اسٹرم ہائمور	[4] مائی زوما
[5] نیوروما	[6] سولی ٹری سیوڈو نیوروما

عصب کی کسی باریک شاخ کے ساتھ یا کسی بڑے عصب کے ساتھ متعلق
اور وابستہ ہوتی ہے۔ اس قسم کی رسولیوں سے یا عصبی درد پیدا ہوتا ہے
جبکہ یہ حسی عصب کے ساتھ متعلق ہوتی ہیں۔ یا استرخار (فالج)، جبکہ یہ
یہ عصب حرکت کے ساتھ وابستہ ہوتی ہیں۔ اگر استرخار تام یا پوری
بے حسی پیدا ہو جاتی ہے تو یہ عموماً اس کی خباثت کی دلیل ہوا کرتی ہے۔

علاج اگر ممکن ہو، رسولی کو نکال ڈالیں، مگر عصب کو نہ کاٹیں۔
(عصبی ریشے نہ کٹنے پائیں، بلکہ شگاف عصبی غلاف کے طول میں دیا جائے
اور اگر یہ ناممکن ہو، تو عصب کو کاٹ دیا جائے، پھر اس کے سروں کو ملا کر
سی دیا جائے)۔

(۲) لیفیت عصبیہ[1] :- وہ متعدد سلعات یا زیادتیاں ہیں
جو محیطی اعصاب کے کسی جزو کے ساتھ وابستہ ہوتی ہیں۔ یہ گاہے متالم
(دردناک) ہوتی ہیں۔ اور گاہے بے الم۔ یہی نہ کہا یہ گاہے لیفی (ریشہ دار)
ہوتی ہیں اور گاہے لحمی۔

اسکا علاج کرنا بے سود ہے۔

بعض لوگوں کا خیال ہے کہ جلد کے اورام[2] فطرہ لیفیہ (نرم ریشہ دار
جلدی رسولیاں) کچھ اسی مرض سے تعلق رکھتے ہیں۔

(۳) سلعہ عصبیہ شبکیہ (ضفیریہ) (جال کے شکل کی عصبی
رسولی) وہ لیفی زیادتی ہے جو کسی ایک خاص عصب کے ساتھ، یا اعصاب

---

[1] نیورو فائبرو مے ٹوسس

[2] مولس کم فائبروسم۔ وہ مرض ہے جس میں جلد کے اندر متعدد لیفی زیادتیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اور جو اکثر اوقات لٹکتی رہتی ہیں۔

کے کسی خاص جال کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے۔ اس مرض میں جلد کے
نیچے متورم (پھولی ہوئی)، پیچیدہ، نرم، متحرک ڈوریاں محسوس ہوتی ہیں
(بشرطیکہ مرض سطح جلد سے قریب ہو)۔ یہ زیادتی دراصل بلغمی لیفی ہوتی
ہے (یعنی لیفات کے ساتھ بلغمی، مادہ بھی شریک ہوتا ہے۔ یہ مرض تقریباً
جلد ہی کے نیچے ہوتا ہے لیکن گاہے عضلات کے درمیان اور ان کے
جوہر میں بھی ہوتا ہے۔

علاج:۔ اگر مرض محدود ہو تو استیصال (رسولی کا نکال لینا)
ممکن ہے۔ جو علی العموم بدصورتی کو دور کرنے کے لئے کیا جاتا ہے۔
گاہے یہ مرض بڑھکر داء الفیل کی سی صورت اختیار کرلیتا ہے

(۴) **سلعہ عصبیہ ضربیہ**[۴] وہ زیادتی یا ورم ہے جو کسی
عصب کے سرے میں اسکے کٹ جانے کے بعد پیدا ہوتا ہے۔ یہ نسیج
ندبی پر مشتمل ہوتا ہے، جسکے اندر سے بٹے ہوئے اور بل کھائے ہوئے
اعصاب کے محور اسطوانی ہوتے ہیں، جب یہ ہڈی یا ندبہ سے ملتصق
ہوتا ہے۔ تو سخت درد کا سبب بنتا ہے۔

سلعہ غرویہ[۳] (سریش کے مانند) عنکبوت[۶] عصبی نامی ساخت
کی محدود و مقامی افزائش ہے، جو طبقہ شبکیہ، دماغ اور حرام مغز میں
نمایاں ہوتی ہے۔ یہ مرض محض محل وقوع کی وجہ سے، اور ان مقامات
کی نزاکت کی وجہ سے خوفناک ہوتا ہے۔

سلعہ عروقیہ (وعائیہ)[۵] وہ رسولی ہے جو غیر طبعی عروق

[۱] ٹراؤمے ٹک نیوروما	[۲] اسکار ٹشو
[۳] سلعہ غرویہ۔ گلی اوما	[۴] نیوروگلیا
[۵] انجیوما	

دموریہ پر مشتمل ہو۔ یعنی نئی رگیں غیر طبعی طور پر پیدا ہو گئی ہوں۔ سلعات عروقیہ (عروقیہ رسولی) میں صرف وہ رسولیاں شامل ہیں، جو عروق کی غیر طبعی افزائش سے پیدا ہوتی ہیں، لہذا انورسما اور دوالی جو عروق کے پھیلنے سے پیدا ہوتے ہیں، اس میں شامل نہیں ہیں۔

سلعات عروقیہ کی تین قسمیں ہیں، وحمۂ ساذجہ۔ وحمۂ کہفیہ۔ سلعۂ عروقیہ شبکیہ۔

(۱) **وحمۂ ساذجہ**، وہ رسولی ہے جو پھولی ہوئی عروق شعریہ کے ایک مجموعہ پر مشتمل ہوتی ہے، جو نسیج واصل کے ذریعہ باہم وابستہ رہتی ہیں۔ یہ عموماً خلقی (پیدائشی) ہوتی ہے، اور گاہے اوائل عمر کے چند ماہ تک اسکا حجم بڑھتا رہتا ہے۔ یہ گاہے جلدی ہوتی ہے۔ اور گاہے تحت الجلد۔ علی ہذا اسکا رنگ گاہے شوخ سرخ (احمر ناصع) اور گاہے سیاہی مائل (احمر اقتم)۔ بعض اوقات یہ متقرح (زخمی) ہوجاتی ہے اور بعض اوقات اس سے جریان خون (نزف) شروع ہوجاتا ہے۔

علاج۔ اگر ممکن ہو تو رسولی کو نکال ڈالیں۔ ورنہ کئے (داغ) نمین حمض آمیز ثانی (کاربن ڈائی آکسائڈ) کی برف، یا تشریط (پچھنے لگانا) یا تحلیل برقی استعمال کریں۔

وحمۂ کہفیہ (سلعہ انتصابیہ) وہ رسولی ہے جس میں شریانوں اور وریدوں کے مابین عروق شعریہ کی بجائے کشادہ فضائیں ہوتی ہیں، اس وجہ سے اسکی ساخت نسیج انتصابی کے مانند ہوتی ہے۔

---

۵۱ سمپل نیوس
۵۲ اسکیریفی کیشن
۵۳ الکٹرولائی سس
۵۴ کیورنس نیوس
۵۵ ایرکٹائل ٹیومر
۵۶ ایرکٹائل ٹشو

اور اسی وجہ سے اسکا دوسرا نام "سلعہ انتصابیہ" رکھا جاتا ہے۔ یہ گاہے جلدی ہوتی ہے۔ اور گاہے تحت الجلد۔ اسی طرح گاہے منتشر (پھیلی ہوئی) اور گاہے محدود ہوتی ہے۔ اسپر جب دباؤ ڈالا جاتا ہے تو یہ خالی ہوجاتی ہے۔ اور اسکا خون متصلہ رگوں میں دوڑ جاتا ہے۔

سلعہ عروقیہ شبکیہ[1]، اسکو "انورسما تواصلیہ" اور "انورسما دوالیہ" (انورسما متلففہ) بھی کہا جاتا ہے۔ اس میں غیر طبعی رگوں کی ایک اچھی تعداد ہوتی ہے، جن کے حجم کافی بڑے ہوتے ہیں۔ یہ گاہے متصلہ ہڈی کو جذب کرلیتی ہے۔ اور گاہے جلد کو زخمی کردیتی ہے۔ گاہے اس سے اتنا جریان خون ہوتا ہے کہ موت واقع ہوجاتی ہے۔ اس کا عمومی محل وقوع فروۃ الراس (سر کی جلد) ہے۔

سلعہ عروقیہ مائیہ[2] (سلعہ عروقیہ جاذبہ) وہ رسولی ہے جسکے اندر پھیلی ہوئی عروق جاذبہ[3] (عروق مائیہ) یا اسکی فضائیں (افضیۂ مائیہ[4]) پائی جاتی ہیں۔ اسکی قسمیں حسب ذیل ہیں:

(۱) وحمۂ مائیہ[5]، جلد اور زبان پر واقع ہوتی ہے۔

(۲) عروقیہ مائیہ کہفیہ[6]، اور (۳) کیس مائی[7] عموماً گردن، بغل یا دیوار سینہ پر واقع ہوا کرتے ہیں۔ اور یہ عموماً خلقی (پیدائشی) ہوتے ہیں۔

---

[1] پلکسی فارم انجیوما
[2] لمفین جیوما
[3] لمفے ٹک ویسلز
[4] لمفے ٹک اسپے سز
[5] لمفے ٹک نیوس
[6] کیورنس انجیوما
[7] لمفے ٹک سسٹ

سلعۂ عضلیہ[1] وہ رسولی ہے جو غیر مخطط عضلی الیاف پر مشتمل ہوتی ہے، اور عموماً رحم اور غدۂ مذی میں، اور شاذونادر دوسرے مقامات (مثلاً مجرای غذائی اور خصیۃ الرحم) میں پائی جاتی ہے۔ گاہے اس میں ثانوی تغیرات، مثلاً لینِ مخاطی اور تکلس[3] و تقرح وغیرہ پیدا ہوجاتے ہیں۔ گاہے یہ رسولی خبیث ہوجاتی ہے۔

گاہے سلعۂ عضلیہ الیاف مخططہ پر بھی مشتمل ہوتا ہے۔ لیکن یہ قسم نادرالوجود ہے۔

سلعۂ مخیہ[2] (سلعۂ مُخیہ) گول یا تکلہ نما خلیات پر مشتمل ہوتا ہے، جسکے اندر متعدد نوات والے بڑے خلیات بھی بکھرے ہوئے ہوتے ہیں ان خلیات کے درمیان کا مادہ (مادہ خلالیہ) ہلامی ہوتا ہے۔ ان خلیات عظیمہ کے نوات محض ان کے محیط ہی میں نہیں ہوتے، جیسا کہ اَدَر انِ[5] کے خلیات میں ہوتا ہے، بلکہ یہ پورے خلیہ میں پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس رسولی کا رنگ سُرخ بھگنی ہوتا ہے۔ اس میں رگیں بکثرت ہوتی ہیں۔ یہ گاہے تڑپتی ہے۔ اس رسولی میں اس امر کی استعداد ہوتی ہے کہ کیس میں تبدیل ہونے کے بعد اس میں فساد نزفی واقع ہوجائے۔ یہ ہڈی کے گودے (مُخ) سے شروع ہوتی ہے۔ اسکو بمقابلہ سلعات خبیثہ کے سلعات ساذجہ میں شمار کرنا زیادہ قرین قیاس ہے۔ اس وجہ سے کہ مقامی عملیات اسکے لئے موثر اور شفابخش

---

[1] مائی اوما

[2] میوکائڈ سافننگ

[3] کیلسی فی کیشن

[4] مائی ایلوما (مُخ۔ ہڈی کا گودا)

[5] ٹیوبر کلز

ثابت ہوتے ہیں، اور یہ کہ دوسرے اعضاء کی طرف یہ منتقل نہیں ہوتی۔

جماعت دوم۔ بشرہ ظاہرہ کے سلعات

ان سلعات کی دو قسمیں ہیں:۔ حمید (غیر خبیث) اور خبیث۔

بشرہ ظاہرہ کے سلعات حمیدہ (غیر خبیث) دو ہیں:۔ سلعہ حلمیہ[1] اور سلعۂ غدیہ[2]۔ اور سلعات خبیثہ سلعات سرطانیہ ہیں۔

سلعۂ حلمیہ نسیج لیفی کے ایک محور پر مشتمل ہوتا ہے، جسکے اندر عروق دمویہ ہوتی ہیں، اور اسکے اوپر بشرہ (بشرہ ظاہرہ) محیط ہوتا ہے، اور یہ بشرہ کی سطح سے ابھرا ہوا رہتا ہے۔ یہ گاہے سادہ ہوتا ہے۔ اور گاہے اس پر ثانوی زوائد (شاخیں) نکل آتے ہیں۔ سلعہ کی یہ قسم محض جلد کے بیرونی حصے میں ہوتی ہے۔ زیر جلد اور مخاطی ساختوں کی طرف نہیں بڑھتی۔ یہی فرق اس میں اور سلعۂ بشریہ[3] میں ہے۔ نیز سلعۂ بشریہ سے یہ اس امر میں بھی اختلاف رکھتی ہے کہ اسکا قاعدہ (جڑ) دوسری ساختوں سے آزاد ہوتا ہے۔ ہاں اگر اس میں خراش پہونچتی رہے تو ممکن ہے کہ یہ خبیث قسم کی رسولی میں تبدیل ہو جائے، اور دوسری ساختوں کو مبتلائے آفت کر دے۔ جب یہ جلد پر پیدا ہوتی ہے، تو ثآلیل[4] و مسامیر (مسے اور گھٹے) بن جاتے ہیں؛ اور جب غشاء مخاطی پر پیدا ہوتی ہے، تو سلعہ حلمیہ[5] خملیہ کہلاتی ہے۔ جیسا کہ مثانہ، امعاء، اور مستقیم میں اور بعض دفعات

---

[1] پیپی لی ام ‏ [2] ایڈنوما ‏ [3] ایپی تھیلی اوما ‏ [4] وارٹس اینڈ کارنز ‏ [5] ولس پیپلی اوما

پستان کے مجاری لبن میں بن جاتی ہیں۔

سلعۂ غدیہ وہ غیر خبیث رسولی ہے جو غدد مفرزہ (رطوبت پیدا کرنے والی گلٹیوں) میں پیدا ہوتی ہے، اور جسکی ساخت انہی گلٹیوں کی ساخت کے مانند ہوتی ہے۔ لیکن ان رسولیوں میں ان گلٹیوں کی رطوبات نہیں بنتی ہیں، اور نہ ان میں نالیاں ہوتی ہیں؛ یہ ایک غلاف میں ملفوف ہوتی ہیں، اور بشرہ ظاہرہ کبھی غشاء اساسی سے آگے تجاوز نہیں کرتا۔ کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ سلعۂ غدیہ کی فضا میں رطوبت سے پُر ہو کر پھول جاتی ہیں۔ چنانچہ اس وقت اسے سلعۂ غدیہ کیسیہ کہا جاتا ہے۔ سلعہ غدیہ اسی وقت خطرناک ہوتا ہے، جبکہ یہ ایسے مقامات پر ہو، جہاں اہم ساختوں پر دباؤ ڈال سکے۔ یا یہ کہ سرطانیت کیطرف اسکا استحالہ ہو جائے۔ یہ ہر ایک غدی ساخت میں پیدا ہو سکتا ہے چنانچہ یہ پستان، غدۂ درقیہ، غدۂ مذی، اور خصیہ وغیرہ میں نمودار ہوا کرتا ہے۔

سلعات بشریہ خبیثہ سرطانیات

بشرہ (بشرہ ظاہرہ) کی خبیث رسولیاں سلعات سرطانیہ (سرطانیات) کہلاتی ہیں۔ اور جب مطلقاً سرطان بولا جاتا ہے، تو یہی سلعات مراد ہوتے ہیں۔

۵۱ ایڈینوما	۵۲ بیس منٹا لمبرین
۵۳ سسٹک ایڈی نوما	۵۴ کارسی نومیٹا
۵۵ کینسر	

سلعات سرطانیہ کی قسمیں حسب ذیل ہیں

سلعہ بشریہ[1] (البشریہ) قرحہ اکالہ[2]۔ سرطان عمودی[3] (عمودی خلیات والا سرطان) سرطان[4] کروی (گول خلیات والا سرطان)۔

سلعہ سرطانیہ (سرطان) ایک خبیث قسم کی پیداوار ہے جو بشرہ سے شروع ہوتا ہے، اور بشرہ کے خلیات میں غیر محدود تکاثر[5] ہوتا چلا جاتا ہے، لیکن اسکی اصلی خصوصیت یہ ہے کہ بشرہ کے خلیات متصلہ ساختوں پر حملہ آور ہوتے ہیں، اور اس طرح یہ مرض پھیلتا چلا جاتا ہے۔ چنانچہ جلد کا سلعہ بشریہ جلد کے نیچے کی ساختوں اور عضلات کے طبقات تک سرایت کر جاتا ہے، اسی طرح پستان کے سقیہ[6] میں بھی جو بشرہ کے خلیات ہوتے ہیں، وہ پستان کی نسیج واصل پر حملہ کرتے ہوئے عضلات صدریہ تک پہونچ جاتے ہیں۔ یہ خلیات اُن خانوں یا فضاؤں کو گھیرتے ہیں جو ابتدائً افضیۂ مائیہ[7] ہوتی ہیں، چونکہ سرطان انہی فضاؤں کے بڑھنے سے پھیلتا ہے، اس لئے یہ سمجھنا آسان ہے کہ سرطان کے سرایت کرنے کا ذریعہ عروق جاذبہ ہے۔ سرطانی خلیات کے درمیان نسیج خلالی نہیں ہوتی جو انکو ایک دوسرے سے جدا کرے، اور یہ ہمیشہ اس حصہ کے خلیات سے مشابہ ہوتے ہیں جہاں سے سرطان کی پیدائش شروع ہوتی ہے۔ سرطانی فضاؤں کو جو جھلی

[1] اپی تھیلی اوما
[2] روڈنٹ السر
[3] کالمنر سیلڈ کارسی نوما
[4] اسفیرائڈل سیلڈ کارسی نوما
[5] مل ٹپلی کیشن
[6] اسکے رس
[7] لمفے ٹک اسپے سز
[8] انٹرسے لیولر ٹشیو

(دعامئہ) گھیرتی ہے اسکے اندر عروق دمویہ بکثرت ہوتے ہیں۔ سرطانی افزائشوں میں یہ فیصلہ کرنا بہت ہی دشوار ہوتا ہے کہ سرطان کی حد یہاں ختم ہوتی ہے، اور یہاں سے صحیح حصہ شروع ہوتا ہے، یہی وجہ ہے کہ آجکل جو اعمال جراحیہ کئے جاتے ہیں ان میں نہایت آزادی کے ساتھ بڑے بڑے اعضار کاٹ کر الگ کر لئے جاتے ہیں۔

اسباب:۔ سرطان کا کوئی ممتاز سبب اب تک معلوم نہیں ہو سکا ہے، لیکن یہ دیکھا جاتا ہے کہ مقامی خراش و ہیجان غالباً اس میں کچھ اثر و دخل رکھتے ہیں، چنانچہ جن لوگوں کے ہونٹ میں کسیوجہ سے دائمی خراش پہنچتی رہتی ہے۔ انکے ہونٹ میں سلعہ بشریہ پیدا ہوجاتا ہے۔ اسی طرح بعض اوقات پان تمباکو کھانے والوں کے جبڑوں میں بھی سرطان شروع ہوجاتا ہے۔

بعض لوگوں نے عدوئی کا نظریہ قائم کرکے تحقیق کرنے کی کوشش کی ہے مگر ابتک اسکی تصدیق نہیں ہو سکی ہے۔

سلعہ بشریہ[۱]۔ یا کریاتی[۲] قشریہ کا سلعہ سرطانیہ، تمام اُن سطوح پر پیدا ہو سکتا ہے جو بشرۂ قشریہ (بشرہ رصیفیہ) سے ڈھکی رہتی ہیں۔ یہ مرض عموماً ادھیڑوں اور بوڑھوں میں، اور شاذ و نادر نوعمروں میں نظر آتا ہے۔ یہ اکثر اوقات دیرینہ اور پائدار خراش و ہیجان کا نتیجہ ہوا کرتا ہے، اور گاہے یہ پرانے زخمونکے نشانات (ندبہ) اور دیرینہ قروح میں بن جاتا ہے۔

سلہ اسٹرونا	سلہ اپی تھیلی اوما
سلہ اسکوئس سیلڈ کارسی نوما	سلہ اسٹریٹی فائڈ اپی تھیلیم

یہ ذیل کی تین صورتوں میں سے کسی ایک صورت میں نمودار ہوتا ہی

(۱) مسہ کی سی ایک افزونی نمودار ہوتی ہے، جس کی جڑ سخت ہوتی ہے۔

(۲) ایک چھوٹا سا گول قرحہ نمودار ہوتا ہے، جس کے کنارے باہر کو لوٹے ہوئے اور ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔

(۳) سخت سطح پر شگاف (دراڑ) ہوتا ہے۔

مندرجہ بالا صورتوں سے یہ افزونی شروع ہو کر گہری ساختوں تک بڑھتی چلی جاتی ہے، بیرونی سطح متقرح ہو جاتی ہے، اور اس سے میلی اور گندہ رطوبت مترشح ہوتی ہے؛ اسلئے کہ اس میں عفونت پیدا کرنے والے جراثیم داخل ہو جاتے ہیں۔ قریب ترین غدد جاذبہ (غدد مائیہ) جلد یا بدیر ماؤف و متورم ہو جاتی ہیں۔ اگر فوری اور کافی موثر علاج نہ کیا جائے تو جلد ہی مریض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ اس سلعہ میں باستثنا ران گلٹیوں کے ثانوی اورام کم ہی ہوتے ہیں، برعکس اسکے سرطان غدی میں ثانوی اورام زیادہ ہوتے ہیں۔ ان متورم گلٹیوں میں بعض اوقات ایسے تغیرات پیدا ہوتے ہیں، کہ ان کے اندر تھیلیاں (اکیاس) بنجاتی ہیں، جلد کو ماؤف کر کے متقرح کر دیتی ہیں، جس سے گندہ رطوبت خارج ہونے لگتی ہے، اور موت کا باعث اس طرح بن جاتی ہیں کہ بڑی بڑی عروق دمویہ متقرح ہو جاتی ہیں، جن سے شدید و مہلک ثانوی جریان

سلہ گلینڈولر کارسی نوما سلہ سکنڈری ہیمورج

سلہ خلیات قرنیہ (کارنیفائڈ سلز) وہ خلیات جو تغیر پا کر قرنی دسینگ کی صورت پیدا کر گئے ہوں

سلہ سیل لسٹرز

خون شروع ہوجاتا ہے (نزیف ثانوی[1]) +

خردبینی معائنہ:۔ جب اسکو خردبین میں رکھکر دیکھا جاتا ہے، تو خلیات کے عمود اس طرح نظر آتے ہیں کہ وہ بشرہ سے بڑھکر نیچے کی ساختوں میں گھس گئے ہیں، اور ایک عمود دوسرے عمود پر جڑا ہوا ہے۔ ان میں سے بعض عمودوں میں چپٹے چپٹے خلیات[2] قرنیہ کے قطعات ایک مرکز پر اس طرح اکٹھے ہوجاتے ہیں کہ گھونسلے کی شکل پیدا ہوجاتی ہے۔ اسی وجہ سے ان کو اُو کار خلویہ (خلیات کے گھونسلے) کہا جاتا ہے۔ اس رسولی کے آس پاس کی ساخت (انسجۂ محیط) میں گول چھوٹے چھوٹے خلیات بھرے ہوئے ملتے ہیں۔

علاج:۔ رسولی کو آزادی کے ساتھ اور جلد سے جلد کاٹ کر الگ کردیا جائے۔ اور اگر متعلقہ غدد جاذبہ ماؤف ہوگئے ہوں، تو انکو بھی نکال دیا جائے۔

قرحۂ اکالہ (کھانے والا قرحہ): یہ ایک قسم سرطانی سلعہ ہے جو جلدی بشرہ کے شبکۂ مخاطیہ[5] نامی طبقہ کے خلیات سے شروع ہوتا ہے۔ یہ عموماً چالیس سال سے زیادہ عمر کے اشخاص میں پیدا ہوتا ہے، اور اسکی بڑھوتری کی رفتار بہت سست ہوتی ہے۔ قرحہ اکالہ ناک، ہونٹوں[4]

[1] سکنڈری ہیمورج

[2] خلیات قرنیہ (کارنیفائڈ سلز) وہ خلیات جو تغیر پاکر قرنی (سینگ کی) صورت پر آگئے ہوں۔

[3] سیل نسٹز

[4] روڈنٹ السر

[5] شبکۂ مخاطیہ یا بلغمیہ (ریٹی میکوسم ریٹی ملپی جیائی) جلدی بشرہ کا سب اندرونی طبقہ ہے جسکے خلیات عموماً ورنگین تھے ہوتے ہیں اس طبقہ کا بیرونی حصہ کانٹوں سے پر ہوتا ہے جسکو طبقۂ شوکیہ (پرکل لیئر) کہا جاتا ہے

خانہ چشم کے زاویوں (گوشوں)، اور رخساروں کے پاس ایک گول
چکنی بلندی کی شکل میں ابتدائً نمایاں ہوتا ہے، جسکا حجم تدریجًا بڑھتا
چلا جاتا ہے۔ پھر کچھ عرصہ کے بعد بیرونی سطح (جلدی سطح) متقرح ہو جاتی
ہے۔ اس قرحہ کی سطح متقرح (باقاعدہ) چکنی اور دبی ہوئی ہوتی ہے،
جو بُرے قسم کے انگور سے ڈھکی رہتی ہے۔ اس کے کنارے یا حدود کسی
قدر اُبھرے ہوئے، سخت، اور باہر کی طرف مُڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ اگر
اس میں جراثیم داخل نہ ہو جائیں، تو مواد کا ترشح بہت کم ہوتا ہے۔ درد
بہت کم ہوتا ہے، یا بالکل نہیں ہوتا۔ قرحہ اکالہ سے عروق مائیہ (جاذبہ) اور
غدد مائیہ متاثر نہیں ہوتے ہیں، اور نہ یہ دوسرے اعضاء تک سرایت
کرکے اس میں ثانوی سلعات پیدا کرتا ہے (انتشار و تفرقِ مرض کی صورت
واقع نہیں ہوتی)؛ ہاں خود یہ قرحہ پھیلتا، اور گرد کی ساختوں کو تباہ
و برباد کرتا، اور کھاتا چلا جاتا ہے، حتیٰ کہ ہڈی بھی اسکی تباہ کاری سے
نہیں بچتی، اس طرح آخر کار ہڈی کے گل جانے کے بعد دماغ کھل جاتا ہے۔

خردبینی معائنہ (فحص مجہری): جب اس رسولی کو خردبین سے
دیکھا جاتا ہے، تو اسکی ساخت سلعہ بشریہ کی ساخت کے مانند نظر آتی ہے،
لیکن اس کے خلیات خلیات شوکیہ (خاردار خلیات) کی قسم کے نہیں
ہوتے، اور نہ وہ خلیات کے گھونسلے (اوکار خلویہ) پائے جاتے ہیں۔
اسی طرح خلیات کے عمود گہرائی کی طرف بڑھنے کی بجائے جوانب کی طرف
زیادہ بڑھتے ہیں، نیز انسجہ محیطہ میں چھوٹے گول خلیات کم نظر آتے ہیں۔

علاج:۔ قرحہ اکالہ کا علاج یہ ہے کہ آزادی کے ساتھ اسے کاٹکر

۱؎ ڈس سے می نے شن	۲؎ پریکل سلز۔

علیحدہ کر لیا جائے یعنی کم از کم نصف قیراط تک قرحہ کے گرد کی ساختوں کو کاٹ کر دور کر دیا جائے۔ اگر مقامِ مرض یا قرحہ کی وسعت ایسے وسیع عمل کی اجازت نہ دے، تو عکس[1] ریز یا شعاعیہ (ریڈیم) کا استعمال کیا جائے۔ اس سے گاہے شفا رکلی حاصل ہو جاتی ہے، یا اسکی ترقی رک جاتی ہے۔

سلعہ سرطانیہ عمودیہ[2] یا سرطان عمودی[3]، اسکا پرانا نام "سلعہ بشریہ[4] عمودیہ" ہے، اور اکثر حالات میں حقیقی سرطان[5] غدی یہی ہے۔ یہ سرطان اکثر اوقات مجرای غذائی میں پیدا ہوتا ہے۔ پہلے سطح پر سلعہ حلمیہ کی طرح خلیات عمودیہ میں تکاثر شروع ہوتا ہے، پھر یہ گہری ساختوں تک سرایت کر جاتا ہے، اور غشارا ساسی کو عبور کر کے نسیج تحت المخاطی۔ اور طبقہ عضلیہ تک پہونچ جاتا ہے۔ اس قسم کے سلعات کی رفتار نمو بعض اوقات سست ہوتی ہے، اور بعض اوقات تیز؛ جب انکی رفتار سست ہوتی ہے۔ تو انکے اندر نسیج لیفی کی مقدار بہت زیادہ ہوتی ہے۔ جو اس کے خلیات کو ایک دوسرے سے جدا کر کے مختلف عناقید[6] (مجموعوں) میں تقسیم کر دیتی ہے؛ اور جب انکی رفتار تیز ہوتی ہے، تو نسیج لیفی کی مقدار بہت کم ہوتی ہے۔ پھر اس میں تقرح شروع ہو جاتا ہے، اور اس قرحہ میں سرطان کی مخصوص شکل پیدا ہو جاتی ہے، قرحہ کے کنارے سخت، باہر کو مڑے ہوئے، اور ابھرے ہوئے ہیں۔ آس پاس کی گلٹیاں (غدد جاذبہ یا مائیہ) عام سلعات سرطانیہ کی طرح ماؤف و متورم ہو جاتی ہیں۔ پھر

---

[1] ایکس ریز
[2] کالمنر کارسی نوما
[3] کالمنر کینسر
[4] کالمنر اپی تھیلی اوما
[5] گلینڈولر کینسر
[6] عناقید۔ الوی اولی

یہ مرض دیگر احشا تک پھیل جاتا ہے۔ مجرای غذائی کے علاوہ سرطان عمودی گا ہے پستان کے مجاری لبن، جگر، اور عنق الرحم میں (اور گا ہے فک اعلیٰ کی غشاء مخاطی میں) بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

سلعہ سرطانیہ عنقودیہ[1] (سلعہ سرطانیہ سخیہ)، اسکو سرطان گروی[2] بھی کہا جاتا ہے، کیونکہ اسکے کُریات گول گول ہوتے ہیں۔ یہ عموماً گلٹیوں (غدد مفرزہ) سے شروع ہوا کرتا ہے، اسلئے بعض لوگوں نے اسکا نام سرطان غدی[3] (سلعہ سرطانیہ غُدیہ) رکھا ہے۔ گلٹی کے فصیصات (عناقید) کے بشرہ میں اُس مقام پر جہاں سے یہ مرض بڑھنے والا ہے۔ تکاثر شروع ہو جاتا ہے، پھر یہ غشاء[4] اساسی سے تجاوز کرکے انسجہ[5] بین الفصیصات کی انفضیہ[6] لمفائیہ تک پہونچ جاتا ہے۔

نسیج لیفی اور سرعت و بطور افزائش کے لحاظ سے اس مرض کی دو قسمیں ہیں:- (۱) سرطان سقیروسی (سقیروس) جس میں نسیج لیفی زیادہ ہوتی ہے، ورم سخت ہوتا ہے، اور اسکی رفتار سست ہوتی ہے۔

(۲) سرطان دماغی (اسی کو بعض لوگ سرطان مخی بھی کہتے ہیں)، جو نرم ہوتا ہے، اور جس میں ریشے کم پائے جاتے ہیں، مگر اسکی افزائش کی رفتار بہت تیز ہوتی ہے۔

(۱) **سقیروس**[7] (سرطان سقیروسی) زیادہ تر پستانوں میں

---

[1] اسی نس کارسی نوما

[2] راؤنڈ سیلڈ کارسی نوما

[3] گلینڈولر کارسی نوما

[4] بیس منٹ ممبرین

[5] انٹراسی نس ٹشوز

[6] لمفے ٹک اسپیسز

[7] اسکیرس۔ اسکیرس کارسی نوما

دیکھا جاتا ہے. نیز یہ غدۂ مذی، اور بانقرس میں اور معدہ کے لعاب کے مقام پر بھی پایا جاتا ہے. ننگی آنکھ سے دیکھنے پر ایک سخت ورم کی صورت میں گانٹھ کی طرح نظر آتا ہے، جسکے حدود پورے طور پر ممتاز نہیں ہوتے. جب اسے کاٹا جاتا ہے، تو یہ سختی سے کٹتا ہے، اور کاٹتے وقت کرکراہٹ کی آواز پیدا ہوتی ہے. کٹی ہوئی سطح سفید کسی قدر زردی مائل ہوتی ہے جو ریشوں کے سکڑنے کی وجہ سے جلد ہی مقعر بن جاتی ہے. یہ سطح کچی ناشپاتی کے ٹکڑے سے یا شلجم کے ٹکڑے سے مشابہت رکھتی ہے. اس رسولی کے کاٹنے سے ایک مخصوص سرطانی رطوبت حاصل ہوتی ہے جسکو عصارۂ سرطانیہ[51] کہا جاتا ہے، جو خلیات اور بشرہ کے ٹکڑوں پر مشتمل ہوتی ہے.

خردبینی معائنہ پر لیفی ذعامہ[52] نمایاں طور پر نظر آتا ہے جس کے خانے (اسناخ) خلیات سے پُر ہوتے ہیں. رسولی کے آس پاس کی ساختوں میں چھوٹے گول کریات نظر آتے ہیں. گاہے اس رسولی کے وسط میں فساد شحمی[53] (استحالہ شحمیہ) واقع ہوتا ہے جسکی وجہ سے اسکے اندر چھوٹی چھوٹی تھیلیاں بن جاتی ہیں.

اس مرض کی ایک مخصوص قسم ہے، جسکو سقیروس ضموری[54] (ضمور۔ لاغری) کہا جاتا ہے، اس مخصوص قسم میں ریشہ دار بافت کی اسقدر کثرت ہوتی ہے کہ اسکے انقباض وتقلص کا دباؤ خلیات اور عروق دمویہ پر پڑتا ہے، جس سے ان خلیات کے تغذیہ میں کمی آجاتی ہے۔

---

[51] کنیسر رنلیو ٹڈر (رطوبت سرطانیہ) جو دودھ کے مانند ہوتی ہے۔ اور پانی میں ملکر اسکو لیسدار بنادیتی ہے

[52] اسٹروما

[53] فیٹی ڈی جنریشن

[54] اٹروفک اسکیرس

اور یہ لاغر ہو جاتے ہیں، یہی وجہ ہے کہ اس سلعہ کی رفتار بالیدگی بہت ہی سست ہوتی ہے۔

(۲) سرطان[1] دماغی یا سرطان حاد :- اس قسم کی رسولی نہایت تیزی سے بڑھتی ہے۔ اسکے اندر بمقابلہ خلیات کے دعائمِ لیفیہ[2] کی مقدار بہت کم پائی جاتی ہے۔ علی ہذا اسکے اندر رگیں بکثرت ہوتی ہیں، اور بمقابلہ سقیروس کے یہ نرم ہوتی ہے۔ یہ اجزاء مجاورہ اور غدد مائیہ تک بہت جلد پہونچ جاتی ہے۔ علی ہذا اس میں تقرح جلد ہی شروع ہوجاتا ہے جب اسکو کاٹا جاتا ہے، تو اندر سے نرم، سفیدی مائل نکلتا ہے، جو دماغ (جو ہر مخ بھیجہ) سے مشابہت رکھتا ہے۔ چونکہ عموماً اسکے اندر رگیں بکثرت ہوتی ہیں، اسلئے بعض اوقات اندر ہی اندر جریان خون (نزف خلالی[3]) ہوتا رہتا ہے۔ اس میں عصارۂ سرطانیہ (رطوبت سرطانیہ) کی کثرت ہوتی ہے۔ معائنہ خردبینی پر اسکے اندر گول خلیات کی بہت ہی کثرت نظر آتی ہے، جنکے درمیان بہت ہی کمزور دعامۂ لیفیہ پایا جاتا ہے۔ سرطان دماغی ثدی، خصیہ، گردہ، اور بعض دوسرے غدوی اعضاء میں ہوا کرتا ہے۔

سرطان ہلامی (سرطان غروی[4]) اسکو فساد ہلامی[5] یا فساد غروی[6] بھی کہا جاتا ہے۔ یہ سرطان غدی یا عمودی کے خلیات بشریہ کے

[1] انکے نیلائڈ کارسی نوما (سرطان مخی بھی اسے کہا جاتا ہے)	[4] کولائڈ کینسر
[2] اسٹروما	[5] میوسی نائڈ کینسر
[3] انٹرسٹیشل ہیمورج	[6] کولائڈ ڈی جنریشن
	[7] میوسی نائڈ ڈی جنریشن

فساد و استحالہ سے پیدا ہوتا ہے۔

یہ زیادہ تر جوفِ شکم میں معدہ، امعاء، اور ثرب کے سرطان میں ہوا کرتا ہے۔ اسکی صورت رسولی کے اندر نیم شفاف دھبوں کی سی ہوتی ہے۔ ننگی آنکھ سے اگر سرطان ہلامی کو دیکھا جائے، تو اسکی بناوٹ عنقودی (خُصیمی) نظر آتی ہے، جسکے خانوں میں مختلف کثافت کا ہلامی نیم شفاف مادہ بھرا رہتا ہے۔ اگر خردبین سے دیکھا جائے، تو بشرہ کے خلیات کم ہی نظر آتے ہیں؛ اسلئے کہ یہ خلیات ہلامی مادہ میں بدل جاتے ہیں۔

علاج: ان سرطانی رسولیوں کا علاج استیصال ہے؛ یعنے ان رسولیوں کو کاٹ کر الگ کردیں۔ اور اسکے ساتھ گرد کی صحیح ساختوں کو بھی دور تک کاٹ کر خارج کردیں۔ اگر ممکن ہو تو پورے عضو کو کاٹکر الگ کردیں، جسکے ساتھ قریب ترین غدد جاذبہ اور ان کی عروق جاذبہ بھی خارج ہوجائیں۔ لیکن اگر یہ مرض زیادہ پھیل جانیکی وجہ سے اعمال جراحیہ کے قابل نہ ہو، تو شعاعیہ (ریڈیم)[1] اور عکس ریز کا استعمال کیا جائے، جس سے کم و بیش فائدہ کی توقع ہے۔

شعاعیہ (ریڈیم) کے استعمال کا طریقہ عموماً یہ ہے کہ اسے انابیب (نلکیوں) یا ہم قدار سوئیوں میں رکھکر ساختوں کے اندر دفن کردیا جاتا ہے؛ جس سے بہترین نتائج اُسی وقت برآمد ہوتے ہیں، جبکہ یہ بڑی مقداروں میں استعمال کیا جاتا ہے۔ اسکے استعمال سے یہ فائدہ حاصل

---

[1] شعاعیہ (ریڈیم) کی شعاعیں تین قسم کی ہیں، جنکو شعاع الف، شعاع ب اور شعاع ج سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ چنانچہ بیان کیا جاتا ہے کہ سرطان کے علاج میں تیسری شعاع (ج) موثر ہوتی ہے۔

ہوتا ہے کہ مرض کی ترقی کی رفتار سست ہو جاتی ہے، یا رُک جاتی ہے درد کم ہو جاتا ہے، اور مواد کا ترشح گھٹ جاتا ہے. لیکن یہ امر بالکل مشتبہ ہے کہ آیا اس سے کبھی شفار کلی بھی حاصل ہوتی ہے۔

عکس[1] ریز کا اثر و عمل بھی شعاعیہ کے مانند ہے، لیکن اسکی منفعت کا میدان اسلئے زیادہ کشادہ ہے کہ ایک وقت میں بہت بڑے رقبہ کا علاج اسکے ذریعہ سے کیا جا سکتا ہے۔ اس خبیث مرض کے علاج کے لئے بڑے طاقتور مخصوص قسم کے آلات وساماں کی ضرورت ہوتی ہے.

ان شعاعوں سے علاج محض ماہرین خصوصی ہی کر سکتے ہیں، جو شعاعوں کی قوت کا اندازہ رکھتے ہوں. ورنہ بعض اوقات عدم بصیرت سے شعاعیں دیر تک استعمال کی گئی ہیں، تو اس سے جلکو شدید نقصانات پیدا ہو گئے ہیں.

بعض لوگوں نے یہ بھی بتایا ہے کہ عمل جراحی کے بعد بھی ان شعاعوں سے علاج کرنا مناسب ہے، تاکہ مرض کا اعادہ رُک جائے، کیونکہ اکثر اوقات قطع برید کے بعد بھی اسکے باریک اجزا باقی رہ جاتے ہیں، جو نکس مرض کا سبب بنتے ہیں. ان شعاعوں کا علاج عمل جراحی کے دس بارہ روز کے بعد شروع کرنا چاہیئے، اور دو تین ہفتہ تک روزانہ جاری رکھنا چاہیئے.

شعاعوں کا استعمال، بعض اوقات مایوس کن حالات تک میں درد کو کم کر دیتا ہے، اور مریض کی تکلیف کم ہو جاتی ہے +

تنفیذ حرارت (گرمی کا ساختوں کے اندر نفوذ کرانا) بھی

---

[1] اکس ریز

اُن صورتوں میں ایک مفید طریقہ علاج سمجھا جاتا ہے، جبکہ یہ رسولیاں اعمال جراحیہ کے قابل نہ ہوں، علی الخصوص مُنہ، جلد اور مثانہ کے سرطان میں۔ یہ دراصل ساختوں کو بجلی کے ذریعہ منعقد اور بستہ کرنے کا ایک طریقہ ہے۔ بجلی کی لہریں کس گہرائی تک نفوذ کرنی چاہئیں، اسکا صحیح اندازہ رکھنے کی ضرورت شدید ہے۔

جب یہ مرض اتنا دیرینہ ہوجائے، کہ کسی قسم کی امید باقی نہ رہے تو زیادہ سے زیادہ جو ایسی حالت میں کیا جاسکتا ہے، وہ یہ ہے کہ متقرح سطح کو خراش و ہیجان سے بچایا جائے، حتی الامکان اسکو تلوث عفونت سے روکا جائے، عام بدنی صحت کو مناسب غذاؤں اور دواؤں سے بحال رکھنے کی کوشش کی جائے، اور افیون دجوہر افیون وغیرہ کے استعمال سے درد کی شدت کو کم کیا جائے، اور منومات سے نیند لانے کی کوشش کی جائے۔ آب وہوا تبدیل کرائیں۔ ہلکے مسہل گاہ بگاہ دیتے رہیں بعض اوقات اسکے علاج میں عمل کئے (داغنا) استعمال کیا جاتا ہے، خواہ کئے حقیقی ہو۔ یا ادویہ کاویہ۔ علی الخصوص اُسوقت جبکہ اسکا پورے طور پر کاٹ کر الگ کرنا ناممکن ہو۔ ایسی صورت میں کچھ تو کاٹ دیا جائے، اور باقی کا علاج اسی کئے سے کیا جائے۔

بعض لوگ رسولی کی افزائش کو روکنے کے لئے یہ تدبیر کرتے ہیں کہ اصلی عروق غاذیہ (عروق دمویہ) کو باندھ دیتے ہیں، تاکہ اس مقام کی پرورش بند ہوجائے، اور مرض کی بڑھوتری مسدود ہوجائے؛ جس طرح بعض لوگ درد کو روکنے کے لئے اعصاب حاسہ کو کاٹ دیتے ہیں۔

انتباہات (۱) اس مرض کے کامل طور پر شفا پانے یا اس کی ترقی بند کرنے کے لئے ہنوز کوئی خاص تدبیر یا دوا معلوم نہیں ہوئی، صرف اس کی زیادتی اور مرض کے عوارض کو کم کرنے کی تدابیر ہیں۔

(۲) اعمال جراحیہ کے نتائج بہتر اُس وقت برآمد ہوتے ہیں، جبکہ ابتدار مرض میں عضو کو کاٹ کر علیحدہ کر دیا جائے۔ لیکن یہ خیال رہے کہ کاٹنے کے بعد بھی اکثر یہ دوبارہ عود کر آتا ہے، بعض اوقات سرطان کو کاٹنے سے مرض اندر کی جانب رجوع ہو جاتا ہے، اور بعض مریض عمل جراحی کی تکلیف کو برداشت نہیں کر سکتے۔ اور ہلاک ہو جاتے ہیں، البتہ یہ واضح رہے کہ جب تک یہ دوبارہ پیدا نہیں ہوتا، اُس وقت تک مریض بآرام رہتا ہے، اس لئے جراح کو چاہیئے، کہ وہ اول اس امر کو معلوم کرے کہ آیا مریض عمل جراحی کو برداشت بھی کر سکے گا یا نہیں؟

اگر عام بدنی علامات اور اخراج مواد کی وجہ سے مریض اسقدر کمزور ہو جائے، کہ تھوڑا سا خون خارج ہونے سے اُس کی جان کا خطرہ ہو، تو ایسی صورت میں عمل جراحی قطعاً نہ کرنا چاہیئے؛

سرطان کی ترقی کو روکنے کے لئے بعض جرّاح سرد پانی بھی استعمال کرتے ہیں، برف اور مفرّح[۱] مبّرد بھی اس میں مفید ہے۔

مانع[۲] التہاب دواؤں سے اس میں کچھ فائدہ نہیں ہوتا، مقوی دواؤں کا استعمال بہت ضروری ہے، مثلاً حدید بنفش آمیز (آیوڈائیڈ آف آئرن)، نہایت مفید ہے۔

---

[۱] فری زنگ مکسچر
[۲] اینٹی فلوجس ٹک

ابتدائے مرض میں بعض جراح صبغۂ بیش[1] اور محلول افیون[2] استعمال کرتے ہیں، اور جب زخم بڑھ جاتا ہے، تو لنٹ[3] کو صبغۂ افیون یا صبغۂ بیش میں تر کر کے لگاتے ہیں، اور زخم کو تا برخا سے ڈہانک کر مانع عفونت طریقہ سے اسادہ (پٹی باندھنا) استعمال کرتے ہیں؛

جڑ دار رسولیوں اور دوعائیہ (دومہ) کی قسم کی رسولیوں کے گرد بند لگا دیتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے، کہ وہ مر اور سڑ کر جھڑ جاتی ہے،

بعض لوگ عصابہ لدنہ (لچکدار پٹی) کے ذریعے رسولی کو کس دیتے ہیں۔ گاہے پھکنوں میں ہوا بھر کر رسولی کو دباتے ہیں۔ بعض جراح اسرب بنفشہ[4] آمیز اور افیون رسولی پر ملتے ہیں؛

وہ صورتیں جن میں عمل جراحی جائز نہیں ہے، یہ ہیں،

(۱) جبکہ سرطان جسم کے مختلف حصوں میں ایک ہی وقت میں واقع ہو۔

(۲) جبکہ مریض کمزور ہو، اور اس میں سوء القنیہ (فقر الدم) کی علامتیں موجود ہوں۔

(۳) جبکہ سرطان جلد جلد بڑھ رہا ہو۔

(۴) جبکہ سرطان ایسے مقام پر ہو، جہاں دستکاری کے ذریعے کل سرطانی مادہ خارج نہیں کیا جا سکتا۔

---

[1] ٹنکچر آف اکونائٹ
[2] لائیکر اوپیائی
[3] لنٹ
[4] گٹا پارچہ
[5] آیوڈائڈ آف لیڈ

(۳) سلعاتِ بطانیہ[1]

بطانہ کی رسولیاں

بطانہ[2] وہ جھلی ہے جو فضیئہ مصلیہ (اغشیۂ مائیہ کے جوفوں) افضیۂ مائیہ (عروق جاذبہ کے جوفوں) مفاصل کے جوفوں اور بدن کے دوسرے بند جوفوں کے اندر استر کرتی ہے۔ اسی وجہ سے گاہے اسکو بشرۂ باطنہ کہا جاتا ہے۔

سلعات بطانیہ کا تعلق عروق دمویہ اور عروق مائیہ سے ہوتا ہے۔ انکی بہت سی خصوصیات سلعات سرطانیہ اور سلعات لحمیہ سے مشابہ ہوتی ہیں؛ لیکن فی الجملہ یہ ان دونوں کے مقابلہ میں کم خبیث ہوتے ہیں۔ ان کی رفتار سست ہوتی ہے، اور عموماً استیصال کے بعد دوبارہ عود کر آتے ہیں، لیکن غدد مائیہ اور دوسرے اعضا رمیں ثانوی سلعات کم پیدا ہوتے ہیں۔ اگرچہ کچھ عرصہ کے بعد بعض اوقات میں یہ گلٹیاں متاثر ہو جاتی ہیں، اور دوسرے احشا رمیں ثانوی رواسب (ثانوی سلعات) پیدا ہو جاتے ہیں۔

طریقہ افزائش و نمو کے لحاظ سے ان سلعات کی دو قسمیں ہیں:-

(۱) سلعات بطانیہ - (۲) سلعات بطانیہ محیطہ۔

جب مطلق سلعاتِ بطانیہ کہا جاتا ہے، تو اس سے یہ مراد

[1] انڈو تھیلی اوما - انڈو تھیلیل ٹیومرز	[3] انڈو تھیلی اوما
[2] انڈو تھیلیم	

جوتی ہے کہ عروق کے اصلی بطانہ کے خلیات میں ہے اور جب سلعات بطانیہ محیطہ کہا جاتا ہے۔ تو اس وقت یہ مراد لیا جاتا ہے کہ یہ سلعات چھوٹی رگوں کے غلاف (بطانہ محیطہ) میں ہیں۔

بطانہ محیطہ وہ خلیات اور باریک ریشے ہیں جو عروق شعریہ اور چھوٹی رگوں کے گرد باہر سے محیط ہوتے ہیں۔

ان رسولیوں کی نسیج خلالی (مادہ بین الخلیات) میں گاہے مخاطی استحالہ (بلغمی تغیر) ہوجاتا ہے، اور گاہے یہ کرتی کے مانند زجاجی مادہ میں تبدیل ہوجاتی ہے۔ جس سے مرکب قسم (پیچیدہ۔ مضاعف) کی رسولیاں بنجاتی ہیں۔

اس قسم کی رسولیوں کی ممتاز مثال سلعہ نکفیہ ممزوجہ (مرکبہ) ہے رسولیاں بدن کے ہر ایک حصے میں پیدا ہوسکتی ہیں، لیکن غدہ نکفیہ کے بعد منہ کی غشاء مخاطی میں یہ کثیر الوقوع ہے۔ اسکی ایک مخصوص قسم سلعہ رملیہ (ریتلی رسولی) کہلاتی ہے، جسکا تعلق دماغ اور حرام مغز کی جھلیوں سے ہوتا ہے۔ اس کو رملیہ (ریتلی) اسلئے کہا جاتا ہے کہ اسکے اندر مواد کلسیہ پائے جاتے ہیں۔ یہ اس طرح بنتے ہیں کہ پہلے اس کے اندر استحالہ و تغیر کے بعد نشاستہ کا سا مادہ بنتا ہے، جو آخر میں مادہ کلسیہ میں تبدیل ہوجاتا ہے۔

۵۱ پیری تھیلی اوما
۵۲ پیری تھیلیم +
۵۳ انٹرسٹیشل ٹشو
۵۴ میوکائڈ چینج

۵۵ ہائلائن سبسٹینس
۵۶ مکسڈ پیرانڈ ٹیومر
۵۷ ساموما

(۴) وہ سلعات جو دوسرے جنین کے کسی حصے کی دوسرے میں داخل ہونے سے بنتے ہیں (سلعات منحوطیہ)

سلعات منحوطیہ[۵۱] وہ سلعات ہیں جو ایسے اجنۂ مندمجہ (وہ جنین جو دوسرے میں داخل ہوگئے ہوں) سے، یا دوسرے جنین کے حصوں سے پیدا ہوتے ہیں جو تنصیف[۵۲] سے بنتے ہیں، لیکن وہ بطور ایک نشان یا بقیہ کے رہ جاتے ہیں، اور میزبان (دوسرے جنین) کی ساخت کے اندر جزوی یا کلی طور پر داخل ہوجاتے ہیں۔ اسکی بہترین مثال خصیۂ ارحم کی کیسہ[۵۳] جلدی (سلعۂ جلدیہ۔ کیس آدمی) ہے، جو عموماً بہت بڑی ہوتی ہے، اور اسکے اندر ایک جیب یا خلا رہوتی ہے۔ اسکے اندر کی استر کرنے والی دیوار (بطانہ) تقریباً جلدی ہوتی ہے، جس سے زوائد جلدیہ (ملحقات جلدیہ) مثلاً بال، ناخن، دانت، اور حلمات (سرپستان) اور پستان بڑھتے ہیں، اور عموماً اسکے اندر نظر آتے ہیں۔ اس رسولی (کیس) کے اندر ایک روغنی مادہ (مادہ دہنیہ شحمیہ) بھرا ہوتا ہے، جسکے اندر بال بکثرت ہوتے ہیں؛ ان بالوں کے متعلق یہ بیان کیا جاتا ہے کہ جن اسباب سے سر کے بال متأثر ہوتے ہیں، اُنہی حالات سے یہ بھی متاثر ہوتے ہیں، چنانچہ مثلاً سر کے بال اور اسکے اندر کے بال ایک ہی وقت میں گر جاتے ہیں، یا سفید ہوجاتے ہیں۔ لگتا ہے ان گلٹیوں کی ترکیب اور بھی زیادہ پیچیدہ

---

۵۱ ٹیراٹوما

۵۲ ڈیکوٹومی دو حصوں میں بانٹنا

۵۳ ڈرمائڈ۔ جلدی رسولی۔

ہو جاتی ہے، اور اسکے اندر ہڈیاں، عضلات اور غدد وغیرہ پائے جاتے ہیں، جو جنین کے تینوں طبقات سے پیدا ہوتے ہیں۔ بلکہ گاہے ان کے اندر جنین کے بڑے بڑے اعضاء، مثلاً ہاتھ یا پاؤں، بھی پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کی تھیلیاں مردوں کے خصیہ میں، اور گاہے بدن کے دوسرے حصوں میں نظر آتی ہیں۔ پیچیدہ ساخت کے سلعات منخوطیہ اکثر اوقات قسم عجزی[1] میں پائے جاتے ہیں، جو غالباً یہاں پر تنصیف[2] خلقی سے اسطرح بنتے ہیں، کہ جنین کا چھوٹا حصہ بڑے توأم (جوڑواں بچہ) کے ساتھ عجز کے مقام میں بطور ایک بقیہ کے چپکا ہوا رہ جاتا ہے۔

اکیاس[3] (سلعات کیسیہ)

تھیلیاں (تھیلی دار رسولیاں)

اکیاس (سلعات کیسیہ) سے مراد عموماً وہ تجاویف ہوتے ہیں، جو کم و بیش گول ہوتے، اور ان کے اندر کوئی ممتاز جھلی استر کرتی ہے نیز انکے اندر کوئی سیال رطوبت یا نیم سیال مادہ بھرا رہتا ہے۔ گاہے اس لفظ کو آزادی کے ساتھ بیقاعدہ طور پر ایسے مختلف حالات کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، کہ ان کو بہ اعتبار تقسیم کرنا مشکل ہے؛ چنانچہ بہت سے ایسے حالات ہیں کہ باوجودیکہ انکی مرضی ماہیت متحد ہوتی ہے، پھر بھی بدن کے بعض مقامات پر انہیں اکیاس کہا جاتا ہے، اور دوسرے مقامات پر "اکیاس" نہیں کہا جاتا۔

[1] سیکرل ریجین

[2] سسٹ (سسٹک ٹیومرز)

۵۱ پوسٹیریئر ڈیکوٹومی

تصویر (۷)

کیس جلدی ۔ جو چشم خانہ کے بیرونی گوشہ
کے پاس نمودار ہوا ہے ۔

عملی اغراض کے لئے اکیاس کو جا عتہائے ذیل میں تقسیم کیا جا سکتا ہے:

(۱) اکیاس جنینی الاصل، جو جنین کے بقایا اثرات سے پیدا ہوتے ہیں۔

(۲) اکیاس التمدد، جو سابقہ چھوٹی فضاؤں کے پھیل جانے (تمدد) سے بنتے ہیں۔

(۳) اکیاس حدیثہ (جدید پیدا وار)۔

(۴) اکیاس الاستحالہ (جو فساد و استحالۂ انسجہ کی وجہ سے بنتے ہیں)۔

اکیاس[1] جنینیہ یا وہ اکیاس جو جنین کی بقایا سے بنتی ہیں

(۱) اکیاس[2] جلدیہ (اکیاس ادمیہ) وہ تھیلیاں ہیں، جو غیر معمولی (غیر طبعی) مقامات میں پائی جاتی ہیں، اور جنکی فضاؤں میں جلد یا غشاء مخاطی کا استر ہوتا ہے۔ گاہے ایسی تھیلیوں کے اندر زوائد جلدیہ (ملحقات جلد)، مثلاً بال، اور ناخن، پائے جاتے ہیں، اور یہ تجاویف روغنی مواد یا بلغم (مخاط) سے پُر ہوتے ہیں۔ لیکن ان میں باستثناء اکیاس جلدیہ خصیۃ الرحم کے عمو صرف مواد دہنیہ ہی ملتے ہیں۔ اگر انکے اندر پیچیدہ ساختیں مثلاً دانت، ہڈیاں، چھاتیاں، اور سر پستان پائی جائیں، تو ان کو "سلعات مسخوطیہ" میں شمار کرنا بہتر ہے۔

اکیاس جلدیہ کی بہت سی قسمیں ہیں:

[1] امبرائی نک سسٹ

[2] ڈرمائڈ سسٹ

(الف) اکیاس[1] جلدیہ منعزلہ (اکیاس جلدیہ حاجزہ): حیات جنینی میں جن مقامات پر بھی اجزا ایک دوسرے سے جڑے ہوئے (متحد و ملتحم) ہوتے ہیں، (مثلاً جنین کے جسم کے دونوں نصف مقابل) ایسے مقامات پر یہ اکیاس اس طرح بنتے ہیں کہ ان مقامات سے سطحی بشرہ پورے طور پر زائل نہیں ہوتا۔ گویا یہ جلد کے منفصل شدہ اجزا رہیں، جو تھیلی کی صورت اختیار کر لیتے ہیں۔ بدن کے خط وسطانی کے تقریباً ہر ایک حصے پر یہ اکیاس بن سکتے ہیں۔ اسلئے کہ اس مقام پہ دونو طرف کے اجزا رحمیہ کا اتصال ہوتا ہے۔ اسی طرح اکثر اوقات یہ گردن اور چہرہ میں بھی شقوق وجھیہ[2] اور قصبیہ[3] (شعبیہ) کے مقام پر نظر آتے ہیں۔ اکیاس جلدیہ منعزلہ کم و بیش گول ورم کی صورت میں، بالکل محدود (یعنی گھرے ہوئے) سخت، اور لچکدار ہوتے ہیں۔ جن پر جلد آسانی سے حرکت کر سکتی ہے۔ لیکن گاہے ان کی جڑیں ہوتی ہیں، جو گہرائی میں دور تک چلی جاتی ہیں، حتی کہ بعض اوقات کھوپڑی کی راہ گذر کر ام جافیہ تک پہونچ جاتی ہیں۔ ان کے اندر عموماً روغنی مادہ بھرا ہوا ملتا ہے، جس میں گاہے بال یا دانت پائے جاتے ہیں۔

علاج: ان کو پورے طور پر صاف کر کے الگ کر دینا چاہیئے۔ ورنہ اسکے عود کرنے کا اندیشہ ہے۔ گاہے اسکی اندرونی دیوار کا پورے طور پر

---

[1] سیکوئس ٹرے شن ڈرمائیڈ

[2] فیشیل کلفٹز۔ جنین کے وہ شگاف جو چہرہ پہ ہوتے ہیں۔

[3] برانکیل کلفٹز جنین کے وہ شگاف جو حیات جنینی میں قصبی قوسوں (برانکیل آرچز) کے مابین گردن کے اندر پائے جاتے ہیں قصبی قواس گردن کے مقام پر کر لونکے جاتوس ہیں جو جنیں میں پائے جاتے ہیں۔

صاف کرنا دشوار ہوتا ہے، ایسی صورت میں باقیماندہ جزء کو گئے (داغ) سے یا مواد کاویہ سے تلف کر دینا چاہیئے۔

(ب) **اکیاس[1] جلدیہ انبوبیہ** (نالیدار جلدی تھیلیاں)، یہ ان مجاری و مسالک سے بنتے ہیں جو حیات جنینی میں پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کی تھیلیاں اکثر اوقات مجریٰ ؤرقی لسانی[2]، اور معاء خلف الشرج[3] میں پائی جاتی ہیں۔

(ج) خصیۃ الرحم کے اکیاس جلدیہ کا بیان گذر چکا۔

(د) **بعض اکیاس دانت بننے** کے سلسلہ میں پیدا ہوتے ہیں، ان کو **سلعات سنیہ[4] جرابیہ** اور **سلعات سنیہ[5] بشریہ** کہا جاتا ہے۔ ان میں سے اول الذکر کو **اکیاس سنیہ[6]** اور مؤخرالذکر کو جبڑے کا **مرض لیفی کیسی[7]** بھی کہا جاتا ہے (دیکھو "سلعات سنیہ")

(۳) بہت سے **اکیاس** جنین کے **کلیہ ابتدائیہ[8]** سے اور اس کے انابیب و مجاری (چھوٹی بڑی نالیوں) سے بنتے ہیں۔ واضح رہے کہ یہ جسم دیوار شکم کے پچھلے حصہ میں، گردہ اور خصیہ کے قریب رہتا ہے، اور خصیہ

---

[1] ٹیوبیولو ڈرمائیڈز

[2] تھائروگلاسل ڈکٹ، حیات جنینی کی وہ نالی ہے جو غدۂ ورقیہ اور زبان کے پچھلے حصہ کے مابین پائی جاتی ہے۔

[3] پوسٹ انل گٹ جنین کی مجرای غذائی کا ایک حصہ ہے جو معاء مستقیم کے پچھلے حصہ میں ابھرا رہتا ہے اور چند روز کے بعد یہ غائب ہوجاتا ہے۔

[4] فالی کیولر اوڈنٹوما

[5] ایپی تھیلیل اوڈنٹوما

[6] ڈنٹی فیرس سسٹ

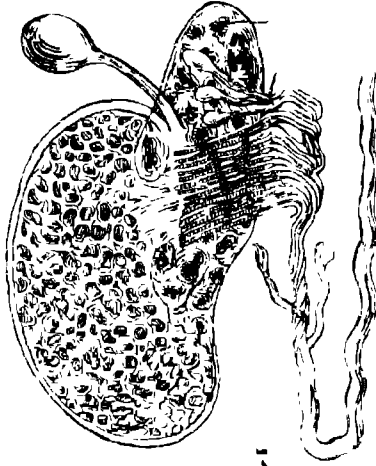
[7] فائبرو سسٹک ڈیزیز

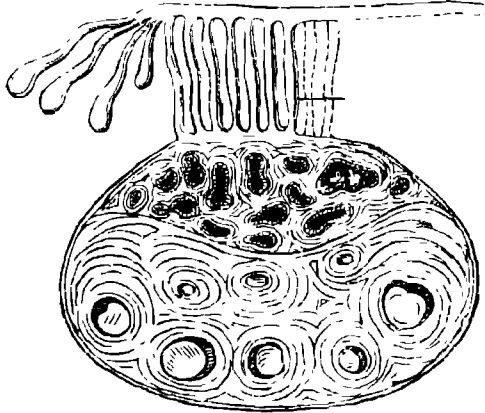
[8] کلیہ ابتدائیہ۔ کلیہ متوسطہ (ولفین باڈی) جسم ولف کو نفرانن یا پیری می ٹو کڈنی) جنین کا ایک غدہ انزالیہ جز جو مرد میں خصیے کے اپیڈیڈمس (اپیڈیڈس) کو سر مجرای منی اور مجرای قاذف المنی کے اوپر پیدا ہوتا ہے۔

کا ایک حصہ بنا تا ہے، اسلئے اگر اس جسم کی بقایا صفن کے اندر خصیہ کے
پاس پائی جائے، تو یہ کوئی تعجب کا مقام نہیں ہے۔

مردوں میں اس جسم کے اندر تقریباً پورے طور پر ضمور و ہزال
ہوجاتا ہے، اور اس میں سے سوائے چند باریک نالیوں کے، جنکا ایک
سرا بند ہوتا ہے، کچھ باقی نہیں رہتا۔ یہ باریک نالیاں افیدیذومس[1]
(اغدیدوس) کے قریب ہوتی ہیں۔ چنانچہ بیان کیا جاتا ہے کہ خصیہ کا
مرض تیفی کیسی[2] (خصیہ کا سلعہ غدیہ[3]) اسی عضو سے بنتا ہے۔ کلیہ ابتدائیہ
کی بیشتر نالیاں خصیہ کی مجاری[4] ناقلہ میں تبدیل ہوجاتی ہیں، لیکن اسکی
بعض بالائی نالیاں خصیہ سے اتصال نہیں پیدا کرتی ہیں، اور انکے
آزاد سرے گاہے پھول جاتے ہیں، اور اس سے چھوٹے چھوٹے
اکیاس بن جاتے ہیں، غالباً افیدیذومس کا تیلہ[5] مائیہ کیسیہ بھی بعض
اوقات انہی غیر مسدود نالیوں سے بنتا ہے۔ علیٰ ہذا کلیہ ابتدائیہ کی
اصلی نالی (بڑی نالی) سے افیدیذومس اور مجرا منی کے زیرین
حصے بنتے ہیں۔

عورتوں میں کلیہ ابتدائیہ کی بقایا خصیۃ الرحم کے قریب بند
نالیوں کی ایک قطار کی صورت میں ملتی ہے۔ چنانچہ بعض اوقات اس
مقام پر اور انہی اجزا میں اکیاس بن جاتے ہیں۔ جن کی نمایاں خصوصیت
یہ ہوتی ہے کہ انکی اندرونی دیواروں کے اندر سلعات[6] حلیہ متکاثرہ

[1] اپی ڈڈمس
[2] فائبرو سسٹک ڈیزیز
[3] ایڈی نوماٹس
[4] [illegible]
[5] [illegible]
[6] [illegible] پیپلی او میٹا

تصویر (۸)

ایک بالغ مرد کے خصیہ کا خاکہ، جس میں افیدومس اور اسکی نالیوں کے تعلقات دکھلائے گئے ہیں۔ ان نالیوں میں بعض وہ ہیں جنکے سرے گول در ہیولے ہوئے ہیں۔ یہی آزاد سرے گاہوا کیاس میں تبدیل ہوجاتے ہیں +

تصویر (۹)

عورتوں کی خصیۃ الرحم کا خاکہ، جس میں ایک طرف چار بند نالیاں دکھلائی گئی ہیں۔ یہی بند نالیاں گاہے اکیاس میں تبدیل ہوجاتی ہیں +

(بڑھنے والے) پائے جاتے ہیں. کلیہ ابتدائیہ کی چھوٹی نالیاں تقریباً ہمیشہ رباط عریض کے اندر قائم رہتی ہیں، اور مشاہدہ میں آسکتی ہیں، چنانچہ جواکیاس اس ساخت کے پھیل جانے سے بنتے ہیں، عموماً انکے اندر ایک خلا (جیب) ہوتی ہے، جسکے اندر شفاف رطوبت[۱] مائیہ (مصلیہ) بھری رہتی ہے، ان کی کوئی ممتاز جڑ[۲] (عنیق) نہیں ہوتی، اور یہ رباط عریض کے دونوں طبقات کو ایک دوسرے سے جدا کر دیتے ہیں. اس جسم کی بعض آخری نالیوں سے گاہے چھوٹے چھوٹے اکیاس بن جاتے ہیں، جو قاذف[۳] کے جھالردار سرے (طرف[۴] مشرشر) سے ابھرے رہتے ہیں. رہی کلیہ ابتدائیہ کی اصلی اندر بڑی نالی، عموماً اس میں ضمور ہوجاتا ہے؛ لیکن اتفاقاً ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ رحم کے قریب رباط عریض کے دونوں طبقات کے درمیان چلتی، اور مجرائے بول کے دہانہ کے قریب مھبل میں کھل جاتی ہے. گاہے اسی نالی میں تھیلیاں بنتی ہیں. جو مھبل کے پہلوی نشیب (جیب[۶] جانبی) میں ظاہر ہوتی ہیں.

(۴) **ثنیہ غمدیہ** (زائدہ غمدیہ) جسکو زائدۂ ثمرتیہ بھی کہاجاتا ہے؛ یہ وہ صفاقی جیب یا بڑھاؤ ہے، جو خصیہ کی طرف طبقہ غمدیہ بنانے کے لئے جاتا ہے. یہی بڑھاؤ، عورتوں میں رباط[۸] مستدیرہ کے ساتھ چلتا ہے.

[۱] سیرس فلوئیڈ	[۶] پیروسے سس ونجائی نیلس
[۲] پیڈیکل	[۷] فیونی کیولر پراسس انیونی کولس
[۳] فلوپین ٹیوب .	حبل السرہ
[۴] فمبرائی ایٹڈ انڈ	[۸] ٹیونیکا وجائی نیلس +
[۵] نیرل فائکس	[۹] راونڈ لگمنٹ +

بتدریجاً غائب ہوجایا کرتا ہے؛ لیکن بعض اوقات اسکا کچھ حصہ باقی رہجاتا ہے جسکے اندر ایک صاف رطوبت (رطوبت مصلیہ مصل) بھرجاتی ہے؛ چنانچہ مردوں میں اس سے حبل[۵۱] المنی کا **قیلہ[۵۲] مائیہ کیسیہ** بن جاتا ہے اور عورتوں میں رباط مستدیر کا **قیلہ مائیہ**۔

(۵) گاہے **افضیۂ[۵۳] مائیہ** (ملفاویہ) بے قاعدہ طور پر بڑھکر اکیاس بنا دیتی ہیں۔ چنانچہ گردن کا سلعۂ[۵۴] مائیہ کیسیہ مثلاً دراصل ایک خلقی کہفی (نہفی) سلعۂ[۵۵] مائی (ملفاوی) ہے۔

(۳) وہ اکیاس جو اصلی فضاؤں کے پھیلنے سے بنتے ہیں

اکیاس[۵۶] افرازیہ (اکیاس ارتشاحیہ) اُن تجاویف کے پھیلنے سے بنتے ہیں، جن میں کوئی نالی (مجرای افراز) نہیں ہوتی، یہ عموماً التہاب (ورم حار) کی وجہ سے ہوا کرتا ہے۔ ان جوفوں کے اندر یا بشرہ[۵۷] کا استر ہوتا ہے یا بطانۂ[۵۸] کا۔ اکیاس بشریہ کی مثال وہ تھیلیاں ہیں جو غدۂ درقیہ میں بنتی ہیں، نیز وہ حالات جو نظام عصبی کے مجرائی مرکزی[۵۹] کے پھیلنے سے لاحق ہوتے ہیں (صُلب مشقوق[۶۰] انبوبی)۔ اسی طرح ان میں وہ اکیاس بھی شامل ہیں،

[۵۱] اسپرمیٹک کارڈ
[۵۲] ان سسٹڈ ہائڈروسیل
[۵۳] لمفے ٹک اسپے سیز
[۵۴] سسٹک ہائگروما
[۵۵] ٹیوبن جی اکٹ سسس (خلقی کہن جینی ٹل) ہائی کیمورنس (عروق مائیہ (عروق جاذبہ) کا تمدد)
[۵۶] اگزوڈیشن سسٹ
[۵۷] اپی تھیلیم
[۵۸] انڈوتھیلیم
[۵۹] سنٹرل کینال
[۶۰] سرنگومائی لوسیل (استسقاء نخاعی)

جو خصیۃ الرحم میں حو نیصلات[51] بیضہ کے پھیلنے سے بنتے ہیں۔

رہے وہ اکیاس جنکے اندر بطانہ کا استر ہوتا ہے، انکی تعداد بہت زیادہ ہے

چنانچہ اکیاس زلالیہ[52] (مفاصل کے اکیاس کا بڑھ جانا) قیلہ[53] مائیہ لغافہ غدہ کا

قیلہ مائیہ زائدہ سریہ کا، اور عقد[54] کی بعض قسمیں اسی قسم کے اکیاس ہیں۔

جوڑوں کی اغشیہ زلالیہ کے اجربہ تنقیہ[55] (فتق کی تھیلیاں) جو ان مفصلی تھیلیوں

سے ادھر آتے ہیں اسی نوع میں شامل ہیں۔

کیس[56] مصلی کے متعلق خیال کیا جاتا ہے کہ یہ افنیہ[57] مائیہ لمفاویہ

کے پھیلنے سے بنتا ہے، جسکے اندر ایک یا زیادہ جوف (جیب) ہوتے ہیں،

اسکے اندر بطانہ کا استر ہوتا ہے، اور یہ ایک صاف تبنی[58] رنگ کی رطوبت سے

بھرا رہتا ہے۔ یہ اکثر اوقات گردن۔ بغل، اور چھاتیوں میں نظر آتا ہے

مؤخر الذکر صورت میں یہ گاہے ایک سخت، اور کثیف لیفی ساخت سے گھرا

رہتا ہے۔ اسے ایک قسم کا شلوع[59] رقیہ مائیہ کہفیہ بھی سمجھا جاتا ہے۔

اکیاس[60] اتفاقیہ تکرار خراش یا ہیجان کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

(ب) جب کسی اصلی (موجودہ) تجویف میں خون جمع ہو جاتا ہے

تو اس سے **کیس[61] الانسکاب** پیدا ہوتا ہے۔ اس قسم کا کیس کا...

---

۵۱ گرے فین فالیکلز	۵۶ سیرس سسٹ
۵۲ انلارجمنٹ آف بَرسی	۵۷ لمفے ٹک اسپیسز
۵۳ ہائڈروسل آف دی ٹیونیکا دجائے نیلس	۵۸ اسٹرا کلرڈ فلوئیڈ (تبن۔ بھوسا)
۵۴ گنگلیا	۵۹ کیورنس لمفین جیوما
۵۵ ڈی ورٹی کولا۔ ہرنیل پر وٹرو ژنز ان کو اکیاس بیکر دبیکرس سسٹنز کہا جاتا ہے۔	۶۰ اڈونٹی شس بَری
	۶۱ سسٹ آف اکسٹراوےشن (انسکاب = خون کا بننا)

مانہ (جوفِ شکم) میں یا خصیہ کے طبقۂ غمدیہ میں (قیلہ دمویہ) دیکھا جاتا ہے؛ علیٰ ہٰذا یہ گاہے دماغ کی سطح پر ملتا ہے، جو کیس عنکبوتی بناتا ہے۔

(ج) اکیاس الاحتباس (احتباس۔ بند ہو جانا) اُس وقت پیدا ہوتے ہیں، جبکہ کسی گلٹی کی نالی بند ہو جاتی ہے، اور اسکی طبعی رطوبت افرازیہ بہنے سے رُک جاتی ہے۔ اس قسم کے اکیاس کے اندر بشرہ کا استر ہوتا ہے، اور چونکہ تناؤ (توتُّر) کے باعث ان میں ہیجان لاحق ہوتا ہے، اسلئے انکے باہر کی طرف مختلف دبازت کی لیفی ندبی (التحامی) دیوار پیدا ہو جاتی ہے۔ ان تھیلیوں کے اندر، علی الخصوص چھاتیوں میں بعض اوقات نئی پیداوار کی چیزیں (تولدات داخل الکیس) ملتی ہیں؛ درانحالیکہ ان کے مشمولات نئی ہوئی رطوبت پر مشتمل ہوتے ہیں، جو گاہے خون آمیز ہوتی ہے۔

اکیاس احتباسیہ ہر ایک غدی ساخت میں پیدا ہو سکتے ہیں۔ مزید تفصیل اکیاس ثدی، اکیاس گردہ، اور اکیاس بانقراس وغیرہ کے ذیل میں آئیگی۔

(۳) اکیاس جدیدہ (حدیثہ)

وہ اکیاس ہیں، جو نہ جنینی حالت سے بنتے ہیں، اور نہ کسی اصلی (موجودہ) تجویف کے پھیلنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کو ذیل کے انواع میں

(۱) پلوسا	(۵) اری ٹے شن
(۲) ہیجے ٹوسیل	(۶) فائبروسی کیٹا رٹیل
(۳) ارکنا ئڈسسٹ	(۷) انٹراسسٹک گروتھ
(۴) ری ٹنشن سسٹز	

بیان کیا جاسکتا ہے۔

(الف) **اکیاس[51] الغرس** اُس وقت پیدا ہوتے ہیں جبکہ اتفاقاً خلایا بشریہ جلد کے نیچے کی، یا غشاء مخاطی کے نیچے کی ساخت میں داخل ہوجائیں، اور وہاں اپنی قوت حیات کو قائم رکھیں، اور اس قابل ہوں کہ وہاں جلدی کیس کے مشابہ تھیلی کی شکل اختیار کرلیں؛ ممکن ہے کہ اسے **کیس[52] جلدی اکتسابی یا عارضی** (عرضی) شمار کیا جائے۔ خلایا بشریہ اس قسم کی ساختوں میں اُس وقت داخل ہوجاتے ہیں، جبکہ کوئی آفت[53] (جراحت) پہنچی ہو؛ چنانچہ جراحات[54] وخزیہ (چھدا ہوا زخم) کے بعد بعض اوقات یہ صورت پیدا ہوجاتی ہے؛ اس قسم کے اکیاس اکثر اوقات انگلیوں میں، یا ہتھیلی میں، کسی تیز آلہ سے چھد جانے کے بعد نمایاں ہوتے ہیں؛ علی ہذا بعض اوقات اسی قسم کے اکیاس آنکھ کے خزانۂ مقدمہ[55] میں **کشط عنبیہ[56]** کی عملیت کے بعد پیدا ہوجاتے ہیں۔ اسکے تشخیصی علامات اکیاس جلدیہ کے مانند ہوتے ہیں، اور اسی طرح علاج بھی۔

(ب) بعض اوقات **اجسام غریبہ[57]** کے گرد غلاف بن جاتا ہے اور اس طرح اس سے اکیاس بن جاتے ہیں۔ ان کے اندر ازرار رحمیہ[58]

---

[51] امپلان ٹے شن سٹ (غرس نگارنا)

[52] ایکوائرڈ ڈرمائڈ یا ٹراومے ٹک ڈرمائیڈ (اکتسابی۔ حاصل کردہ۔ عارضی۔ جو چوٹ وغیرہ سے پیدا ہوا ہو)

[53] انجری

[54] پنکچرڈ ونڈز

[55] انٹیریر چیمبر

[56] آئری ڈکٹومی (کشط قزحی) طبقۂ عنبیہ کو کاٹ کر اسکا کوئی حصہ علیحدہ کرلینا۔

[57] فارن باڈیز

[58] گرینے نیولیشن ٹشو (انگور زخم)

دار یکۂ الجرح، یا بطانہ[1] کا استر ہوتا ہے۔ جسکے اوپر نسیج[2] لیفی ندبی (التحامی) کا کم و بیش غلاف پایا جاتا ہے۔

(ج) اکیاس[3] دمویہ (خونی تھیلیاں) کی پیدائش مختلف طور پر ہوا کرتی ہے۔ بعض اکیاس اس طرح بنتے ہیں کہ عروق سے باہر خون کا انصباب ہوتا ہے۔ اس قسم کے اکیاس بعض اوقات منجمد خون سے بھرے ہوئے ہوتے ہیں، اور بعض اوقات رقیق رطوبت مصلیہ[4] سے، جس کے اندر کم و بیش لیفین[5] کی مقدار پائی جاتی ہے۔ اور اس لیفین کے ساتھ رقیق صفائح (باریک طبقات) ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اکیاس دمویہ دراصل نرم سلعات لحمیہ ہوتے ہیں، جنکے اندر اتفاقاً جریان خون واقع ہوتا ہے۔ لیکن ایسے حالات بہت کم ملتے ہیں، جن میں رقیق دیوار سے گھری ہوئی کوئی تجویف ہو جس میں خون بھرا ہوا ہو۔ اور یہ خون عمل بزل[6] سے خارج ہونے کے بعد پھر دوبارہ جلد ہی لوٹ آئے۔ اور کسی نئی پیدا وار سے کوئی علاقہ نہ ہو۔ اس قسم کے حالات جب ملتے ہیں، تو وہ زیادہ تہ گردن میں پائے جاتے ہیں۔

(د) اکیاس[7] طفیلیہ (کیڑوں کی تھیلیاں) وہ تھیلیاں ہیں جو زندہ کائنات (اجسام حیّہ) کے نمو و افزائش کی تحریک و ہیجان سے (جو کسی ساخت کے اندر بڑھنے لگتے ہیں) پیدا ہو جاتی ہیں۔ مثلاً مرض دودہ شعریہ[8]

---

[1] انڈوتھیلیم
[2] فائبروسی کیٹ ریشل ٹشو
[3] بلڈ سسٹز
[4] سیرس فلوئڈ
[5] فائبرین
[6] ٹیپنگ
[7] پیراسائٹک سسٹز (کیڑوں کی تھیلیاں)
[8] ٹرچی کی نوسس

تصویر (۱۰)

دودۂ تُنُفُذِیّہ (قرعیہ تنفذیہ کردیہ) (تقریبًا بیس گنا بڑا کرکے دکھایا گیا ہے) +

تصویر (۱۱)

کیس دیدانی کی دیوار کو کاٹ کر دکھلایا گیا ہے +

(بال جیسے کیڑے کا مرض) میں، جو سور کے خراب گوشت کے کھانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ شعریۂ حلزونیہ[51] نامی کیڑا (جو ایک چھوٹا سا گول کیڑا ہے) ارادی عضلات کے اندر بے شمار تعداد میں بڑھنے لگتا ہے؛ اور اسکے گرد ایک تھیلی (غلاف) بن جاتی ہے، جو کہ بعد میں متحجر (متکلس) ہو جاتی ہے۔

اکیاس طفیلیہ میں سے سب سے زیادہ اہم قسم وہ ہے جو دودۂ قنفذیہ[52] (کرویہ قنفذیہ) کے سر (درجۂ ابتدائی۔ درجۂ دودیت[53]) کے جسم کے اندر بڑھنے سے پیدا ہوتی ہے، جسکو **کیس[54] دیدانی** (کیس دودی) کہا جاتا ہے۔ یہ مرض ملک آسٹریلیا میں زیادہ عام ہے۔

دودۂ قنفذیہ (قرعیہ قنفذیہ کرویہ) ایک باریک اور چھوٹا سا حب[55] القرع (کدو دانہ) ہے، جسکی لمبائی نصف قیراط سے زیادہ نہیں ہوتی، اور یہ کتوں کی آنتوں میں رہتا ہے۔ یہ کیڑا تین ٹکڑوں (حصوں) پر مشتمل ہوتا ہے؛ جن میں سے پچھلا حصہ سب میں بڑا ہوتا ہے۔ اور اسی کے اندر اس کے آلات تناسلیہ ہوتے ہیں۔ جب کیڑا کامل النمو (بالغ) ہوتا ہے، تو اسی اخیر حصے کے اندر اسکے انڈے بھرے ہوتے ہیں، جو اس سے خارج ہوتے رہتے ہیں؛ اور پھر یہ انسان کے معدہ میں پانی یا کسی ترکاری اور سبزی کے ذریعہ (جبکہ یہ چیزیں کتے کے براز سے متلوث ہو جائیں) داخل ہو جاتے ہیں۔ انسان کے معدہ میں عمل ہضم کی تاثیر سے ان کے جنین انڈوں سے باہر نکل آتے ہیں۔ ان کے سر پہ

---

[51] ٹرِی کینا اسپائریلس

[52] ٹینیا اکی نوکوکس (قرعیہ قنفذیہ کرویہ)

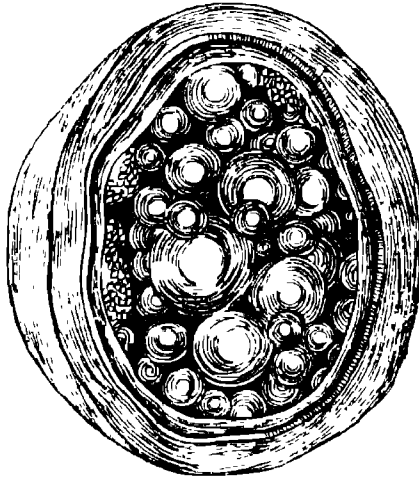
[53] اسکولکس اسٹیج +

[54] ہائیڈ یٹڈ سسٹ

[55] ٹیپ وارم

چھوٹے چھوٹے کانٹوں (خطاطیف[1]۔ کلالیب)[2] کا ایک تاج ہوتا ہے، اور چار
مصات[3] ہوتے ہیں۔ اسی تاج اور ممصات کے ذریعہ یہ جنین معدہ کی
دیواروں کو چھید کر، اور رگوں میں داخل ہو کر جگر یا بدن کے کسی دوسرے
حصے تک پہونچ جاتا ہے؛ جہاں اسکے ہیجان و خراش کے باعث ایک
تھیلی بن جاتی ہے، جس کے تین طبقات ہوتے ہیں، بیرونی طبقہ لیفی[4]
التحامی ہوتا ہے۔ درمیانی طبقہ مادہ غمدیہ[5] (مادۂ قشریہ) کے صفائح
(طبقات) سے مرکبات ہوتا ہے، جس سے حشرات الارض کی جلد بنتی ہے؛
اور اندرونی طبقہ مادۂ حیات کا جرثومی[6] طبق ہوتا ہے۔ جس میں دودۂ
تنفذیہ کے سر (یا جنین) پرورش پاتے ہیں۔ جس میں چار ممصات اور
کانٹوں کا ایک تاج ہوتا ہے۔ اس قسم کے اکیاس زیادہ تر جگر، گردہ
اور دماغ میں ہوتے ہیں، اور بعض اوقات دوسرے مقامات پر بھی دیکھے
گئے ہیں۔ بعض اوقات جگر میں، اور اکثر اوقات ہڈیوں میں بیک وقت
چند تھیلیاں ایک دوسرے سے بالکل الگ الگ پیدا ہو جاتی ہیں جن
میں وہ دیوار نہیں ہوتی، جو عموماً ہوا کرتی ہے۔ ایسا اس وقت ہوتا ہے
جبکہ درمیانی طبقہ رقیق ہوتا ہے۔ جس میں یہ رُدس[7] (کیڑوں کے سرے
جنین) پھاڑ کر اردگرد کی ساختوں میں نفوذ کر جاتے ہیں۔

اکیاس دیدانیہ سے سوائے اُن علامات و عوارض کے جو انکے
حجم اور مقام کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں، اور کسی قسم کے مخصوص عوارض

[1] ہک	[4] جی ٹی نس میٹیریل
[2] چوسنے کے آلات (سکرس)	[5] جرمی نل لیئر
[3] فائبروسی کیٹا رشل لیئر	[6] اسکولیسیز

تصویر (۱۲)

کیس دیدانی، جس میں حویصلات البنات دکھلائی گئی ہیں، اور اس کے اندرونی طبقہ کے پاس حویصلات فرخیہ (برڈ کیپسولز) جو بیج یا انڈے کے مانند ہیں ؛

نہیں پیدا ہوتے۔ ان میں بڑھنے کی قابلیت بہت زیادہ ہوتی ہے۔ حتیٰ کہ بعض اوقات دیگر عوارض نمودار ہونے، یا اسکے حجم کے بہت بڑے ہو جانے کی وجہ سے عمل جراحی کی ضرورت پیش آجاتی ہے۔ بعض اوقات یہ تھیلی خود بخود یا کسی ضرب (آفت) کی وجہ سے پھٹ جاتی ہے۔ جب اس تمزق (پھٹن) کا اتفاق کسی مائی تجویف (تجویف مصلی) میں، مثلاً جوف صفاق، یا جوف عدہ میں ہوتا ہے، تو ساری تجویف ملوث ہو جاتی ہے۔ بہت سے ثانوی (دختر) تھیلیاں بن جاتی ہیں، اور کافی دور تک مقامی التہاب پیدا ہو جاتا ہے: مزید براں گاہے رطوبت کیسی کے انصباب و امتصاص (انجذاب) سے شدید تسمم دم لاحق ہو جاتا ہے؛ ورنہ کم از کم شری (پتی) نمایاں ہو جاتی ہے؛ کیونکہ اس رطوبت کے اندر کچھ سمی مواد ضرور رہتے ہیں۔

اتفاقاً ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ کائن (حیّہ) خود بخود مر جاتا ہے، اور تھیلی سکڑ جاتی ہے؛ اور اس تھیلی کی وہ دیواریں جو صفائح سے مرکب ہوتی ہیں، اور اس کی مُوَیصلات البنات ایک سخت جلدی کتلہ[2] بناتی ہیں، جس میں گاہے چونے کے نمکیات بھی مترشح ہو جاتے ہیں، اور اسکا قوام گیلی مٹی کا سا ہو جاتا ہے، اور سب کے اوپر ایک سخت لیفی التحامی غلاف محیط ہو جاتا ہے۔ علیٰ ہذا بعض اوقات تھیلی کے اندر تقیح لاحق ہو جاتا ہے، اور خراج (پھوڑا) بن جاتا ہے، چنانچہ خراج اگر حاد ہوتا ہے، تو گاہے یہ باہر کیطرف پھوٹ پڑتا ہے، اور گاہے کسی مائی تجویف کی طرف، یا جوف دار احشا کی طرف؛ چنانچہ اخیر صورت میں گاہے تھیلی پورے

---

[1] ڈاٹر سسٹنز: وہ چھوٹی تھیلیاں جو کسی بڑی تھیلی کے اندر اسکی دیواروں سے پیدا ہو جاتی ہیں۔

[2] لیدری ماس

طور پہ خالی ہوجاتی ہے، اور خود بخود شفاء کلی حاصل ہوجاتی ہے. علی ہذا
خراج کا سے مزمن صورت اختیار کرلیتا ہے، اور اسکے گرد ایک غلاف
بن جاتا ہے؛ چنانچہ اس صورت میں گا ہے یہ پھوڑا مدت ہائے دراز
(سالہا سال) تک اسی طرح پُر سکون و خاموش پڑا رہتا ہے.

جگر کے اکیاس دیدانیہ کی تشخیص اور اسکا علاج امراض جگر میں آنے
والا ہے. لیکن اگر اکیاس دیدانیہ دوسرے اعضاء میں ہو تو استفراغ
و تنقیہ (اخراج مواد) کی طرف متوجہ ہو جائیں، بشرطیکہ ان اکیاس کا کلی
استیصال (عملیت سے نکال ڈالنا) ناممکن ہو، یا عمل امتصاص (عمل بزل)
کیا جائے کیونکہ یہ دیکھا گیا ہے کہ اندرونی رطوبت کے نکالنے سے وہ کائن
(کیڑا) مرجاتا ہے، جسکی وجہ غالباً یہ ہے کہ اندرونی توتّر (تناؤ) اس سے
بدل جاتا ہے.

(۴) فساد و استحالہ[۲] کی اکیاس

اس قسم کے اکیاس رسولیوں میں بن جاتے ہیں، علی الخصوص جبکہ
دموی غذا کافی نہ ہو. چنانچہ فساد مخاطی[۳] (استحالہ بلغمیہ) اسلعات[۴] لیفیہ، لیفیہ
عضلیہ[۵]، غضروفیہ[۶] اور سرطان صلب (سخت) کے بعض اقسام میں نادر
الوقوع نہیں ہے. بعض اوقات سلعات لحمیہ میں اسی وجہ سے اکیاس بنجاتے
ہیں، لیکن عام طور پر یہ نزف (جریان خون) کا نتیجہ ہوا کرتے ہیں +

[۱] اسپائی ریشن	[۴] فائبروما +
[۲] ڈی جنریشن سسٹس +	[۵] فائبرومائی اوما +
[۳] میوکائڈ ڈی جنریشن +	[۶] کانڈروما +

جرح[1] (جراحت) کی تعریف اس طرح کی جاتی ہے کہ وہ توی تفرق اتصال ہے، جو بدنی ساختوں میں کسی جگہ لاحق ہو، لیکن اس لفظ کا استعمال عموماً اُس تفرق اتصال کے لئے محدود کیا جاتا ہے، جو نرم ساختوں میں لاحق ہو، اور اسکے ساتھ جلد یا اغشیہ مخاطیہ ماؤف ہو جائیں۔ لیکن جن اصابات (آفات) میں جلد شریک نہیں ہوتی ہے، اور نہ عظام و اربطہ وغیرہ جیسی گہری ساختیں، اُنہیں رضوض (رضّ۔ کچل جانا) کہا جاتا ہے۔

رضّ (کدم)

رضّ[2] جلد کے نیچے کی وہ جراحت یا آفت ہے، جو بیرونی صدمہ سے پیدا ہوتی ہے، اور جس سے نسیج خلوی پھٹ جاتی ہے، مگر یہ ضروری نہیں

---

[1] ونڈ (جرح کی جمع جروح ہے۔ جسے کلوم بھی کہا جاتا ہے)

[2] کن ٹیوژن

ہے کہ گہری ساختیں، مثلاً عضلات، اوتار، اعصاب، یا ہڈیاں اس سے
ماؤف ہوں۔ رض کی علامتیں عموماً واضح اور نمایاں ہوتی ہیں، جو یہ ہیں
درد، انصباب خون کی وجہ سے جلد کی رنگت کا تبدیل ہو جانا (قردت[۵۱]، کبُت)
سوجن (ورم یا انتفاخ) کا نمودار ہونا ؛ یہ علامتیں اس وجہ سے پیدا
ہوتی ہیں کہ جلد کے نیچے کی ساختیں ماؤف ہو جاتی ہیں [illegible] اتصال
حاصل ہوتا ہے، اور جلد سے جدا ہو جاتی ہیں، بشرطیکہ آفت قوی ہو۔ جلد
کی رنگت کی تبدیلی (قردت) مختلف ہوتی ہے، اور اس اختلاف کا دارومدار
آفت رسیدہ عضو اور شدتِ آفت کی نوعیت پر ہوتا ہے؛ چنانچہ پپوٹوں،
صفن (کیسۂ خُصیہ) اور فرج میں چونکہ نرم ساختیں زیادہ ہوتی ہیں، اسلئے
ان مقامات پر انصباب خون شدید ہوتا ہے، اور یہاں کی جلد سیاہ ہو جاتی
ہے ؛ برعکس اسکے کھوپڑی میں سوجن (انتفاخ) بہت تھوڑا ہوتا ہے، بشرطیکہ
عضلہ جدار جبہہ کے وتر عریض[۵۳] کے نیچے جریان خون نہ ہو۔ نیز خون کے جریان
میں مریض کی عمومی بدنی صحت کو بھی دخل ہے ؛ چنانچہ قوی انسان میں جسکی
صحت اچھی ہو، انصباب خون اور قردت کا ظہور بمقابلہ ایسے شخص کے کم ہوتا
ہے جسکی صحت خراب ہو، اور جس کے بدن کی ساختیں ڈھیلی ہوں۔ گاہے
ایسا بھی ہوتا ہے کہ ماؤف حصے کے اوپر رض کے بعد، علی الخصوص وقوع
کسر کی صورتوں میں، آبلے اور پانی کے دانے پیدا ہو جاتے ہیں۔ جلد کی رنگت
میں جو تبدیلیاں پیدا ہوتی ہیں، وہ مشہور و معروف ہیں؛ چنانچہ ترنفلی[۵۴] سیاہ
رنگ بدل کر بھورا ہو جاتا ہے، پھر سبز، اور پھر زرد ہو جاتا ہے، جو بالآخر

۵۱ بروز	۵۳ اپانی نیوروسس
۵۲ آکسی ہیٹو فرانٹس	۵۴ ترنفل - لونگ

تدریجاً غائب ہو جاتا ہے، اور جلد اپنی طبعی حالت پر لوٹ آتی ہے؛ یہ صورت اس وجہ سے واقع ہوتی ہے کہ خون کے سرخ دانے ٹوٹ کر منحل ہو جاتے ہیں، اور ساختیں اُس حمرت دمویہ سے متلون ہو جاتی ہیں، جو اس طریقہ سے (انحلال کریات دمویہ سے) آزاد ہوتی ہے، یا اُن مرکبات (متحصلات) سے رنگین ہو جاتی ہیں، جو اسکے ازالہ کے وقت بنتے ہیں. جب جریان خون گہرائی میں ہوتا ہے، یا کسی دبیز صفاق (دو تر عریض) کے نیچے تو عموماً جلد کی بدرنگی (قردت) چند روز کے بعد ظاہر ہوتی ہے، اور گاہے ماؤف عضو سے فاصلہ پر نمایاں ہوتی ہے؛ مثلاً گاہے چوٹ کھوپڑی پر لگتی ہے، اور قردت پپوٹوں میں نمایاں ہوتی ہے؛ علی ہذا گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ نزفی خون بمقتضائے کشش ثقل عضلی اور وتری (صفاقی) سطوں پر سے ہوتا ہوا دور چلا جاتا ہے.

سلعہ دمویہ:- قردت میں عموماً یہی ہوتا ہے کہ ساختیں رطوبات دمویہ سے مبلول (تر) ہو جاتی ہیں، لیکن گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ رطوبات دمویہ کسی ایک تجویف میں (جو ساختوں کے تفرق سے بنتی ہے) اکٹھی ہو جاتی ہیں، اور وہاں ایک رسولی سی بن جاتی ہے (یا وہاں سیال رطوبت سے بھری ہوئی سوجن نمودار ہو جاتی ہے) جسکو سلعہ دمویہ[1] یا کیس دموی[2] کہا جاتا ہے. اسکا لمس خراج (پھوڑے) سے مشابہ ہوتا ہے؛ لیکن یہ اس سے بلحاظ اپنی تاریخ پیدائش کے مختلف ہوتا ہے، نیز اس لحاظ سے بھی یہ خراج سے مختلف ہوتا ہے کہ یہ کسی آفت (ضرب) کے بعد فوراً پیدا ہوتا ہے، اور اسکے ظہور کے وقت نہ سخونت (گرمی) ہوتی ہے، اور نہ التہاب کی دوسری

[1] خونی رسولی (ہیمیٹوما)	[2] خون کی تھیلی (بلڈ سسٹ)

علامتیں نمودار ہوتی ہیں، علاوہ ازیں یہ اگرچہ ابتدا میں سیال، اور نرم محسوس ہوتا ہے، لیکن تھوڑی دیر میں یہ سخت ہو جاتا ہے، دراںحالیکہ خراج اولاً سخت ہوتا ہے، اور اسکے بعد نرم ہو جاتا ہے۔ سلعہ دمویہ کا مستقبل حالات کے لحاظ سے مختلف ہوا کرتا ہے،

(الف) چنانچہ گاہے محیط کے پاس لیفین[1] اکٹھی ہو جاتی ہے، اور وسطی حصہ کچھ عرصہ کے لئے نرم و سیال ہوتا ہے، جو تدریجاً غائب ہو جاتا ہے اور سارا ورم جذب و تحلیل ہو جاتا ہے۔ اسکی بہترین مثال وہ سلعہ دمویہ ہے جو جمجمہ (کھوپڑی) کی غشا عظمی کے نیچے پیدا ہو جاتا ہے؛ جہاں محیط کے جمود لیفینی اور مرکزی رطوبت کے درمیان اختلاف عظیم ہوتا ہے، چنانچہ مرکزی رطوبت کے مقام میں اسقدر نرمی ہوتی ہے کہ یہاں سے کھوپڑی کی ہڈی محسوس ہو سکتی ہے؛ اسلئے ایسی حالت میں بعض اوقات کسر منخسف[2] (کسر مضغوط) کا شبہہ ہوتا ہے۔

(ب) بعض اوقات خون کا سیال حصہ تقریباً سارا جذب ہو جاتا ہے، اور ٹھوس لیفینی[3] راسب سخت سلعہ لیفیہ میں تبدیل ہو جاتا ہے، جو زائل نہیں ہوتا۔ نیز یہ رسولی کم و بیش طبقات و صفائح سے مرکب ہوتی ہے، جو ایک دوسرے پر سوار ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات یہ رنگین ہوتی ہے۔

(ج) بعض اوقات لیفین پورے طور پر جذب ہو جاتی ہے، اور ایک لیفی غلاف باقی رہ جاتا ہے، جو خفیف طور پر رنگین ہوتا، اور اس غلاف کے اندر رطوبت ہوتی ہے، جس سے یہ کیس بن جاتا ہے۔ یہ زیادہ تر دماغ کی

---

[1] فائبرین

[2] ڈپرسڈ فریکچر

[3] فائبری نس ریسی ڈوام

جھلیوں میں دیکھا جاتا ہے رکیس عنکبوتی).

(د) گاہے اس میں عدوی ذاتیہ سے پیپ پڑ جاتی ہے (تقیح)، یا یہ کہ جلدی خراش کے باعث بیرونی جراثیم اس میں پہونچ جاتے ہیں.

آفاتِ زیر جلد کے متعلق شدت وخفت کا حکم لگانے کے لئے یہ دیکھنا چاہئے کہ کس قسم کی (اہم یا غیر اہم) ساختیں ماؤف ہوتی ہیں، کتنی دور تک آفت ہے، انصباب خون کی مقدار کیا ہے، مریض کی عمر کیا ہے، اور اس کی قوت حیوانیہ اور بدنی صحت کیسی ہے. چنانچہ غیر شدید حالات میں، خواہ قروت شدید ہو، شفا ہو جاتی ہے؛ لیکن اگر حالات مناسب نہ ہوں، تو بعض اوقات ماؤف ساختوں میں غانغرانا ہو جاتا ہے، اور یہ مردہ ہو جاتی ہیں.

علاج:- عموماً اسکا علاج دو باتوں پر مشتمل ہوتا ہے، (۱) ماؤف عضو کو آرام سے رکھا جائے. (۲) وضعیات باردہ یا مُتبخرہ (ٹھنڈی یا اڑنے والی چیزیں) استعمال کئے جائیں. اگر انصبابِ خون کو کم کرنے کی ضرورت محسوس ہو، اور شخص ماؤف کو آفت کے بعد جلد ہی دیکھنے کا اتفاق ہو تو اس حصۂ بدن پر روئی کی گدی رکھکر زور سے پٹی باندھ دی جائے. لیکن دیرینہ صورتوں میں ضرورت اس امر کی ہوتی ہے کہ انجذاب خون کو تیز کیا جائے، اسکے لئے دلک (مالش) مفید چیز ہے. شدید حالات میں، جبکہ آبلے اور آبی دانے نمودار ہو گئے ہوں، یا جبکہ جلد کے گل جانے کا اندیشہ ہو، یہ ضروری ہے کہ جلد کو دھویا جائے، اور اسکو پاک کیا جائے، اور اگر ضرورت ہو تو اسے پاک (مُعقّم) پٹی سے لپیٹا جائے. اگر سلعہ دمویہ میں تناؤ اور درد زیادہ

---

[۱] ارکنائڈ ممبرین
[۲] آٹو انفکشن
[۳] کولیٹرل کیپلریز (یا) ایوے پوریٹنگ اپلی کیشنز

ہو، جیسا کہ اُس وقت ہوتا ہے، جبکہ یہ ران کے لفافہؔ عریضہ کے نیچے وقوع پذیر ہوتا ہے، توتعجیل شفا، اور تخفیف درد کے لئے بزلؔ کا عمل پوری پاکی وصفائی کے ساتھ کیا جائے (بزل طاہرؔ۔ بزل غیر عفونی) یعنی آلہ مصاصہؔ سے چھید کر اندر سے خون کو نکال لیا جائے، اسکے بعد باحتیاط تمام اس حصہ پر دباؤ ڈالا جائے۔ اگر مریض کے گرنے کی وجہ سے، یا کسی بڑی ضرب سے عام بدن میں فروت لاحق ہوجائے، تو تخفیف درد کے لئے گرم کمادؔ ات یا گرم حمام استعمال کیا جائے۔

عموماً اسکے ساتھ چند روز تک بخار اور بدنی اضطراب (بے چینی) رہتا ہے، جسکا علاج یہ ہے کہ مسہلات استعمال کئے جائیں، اور غذا میں مناسب کمی کی جائے۔

خونی رسولی میں عفونت کے جراثیم خوب نشو ونما پاتے ہیں۔ اور جراثیم کی افزائش کے لئے یہ ایک عمدہ زمین ہے + اگر اتفاقاً اس میں عفونت پیدا ہوجائے۔ تو رسولی کو فوراً نشتر سے اچھی طرح چیر کر مواد سے بخوبی خالی کردینا چاہئے +

جراحاتؔ واضحہ (جروح مفتوحہ)

جروح مفتوحہ یا جراحات واضحہ، وہ تفرق اتصال ہیں جو جسم کے کسی سطحی حصہ میں ہوں، یعنی وہ جلد یا غشاء مخاطی میں ہوں۔

۱ؔ فیشیا لیٹا	۴ؔ اسپائی ریٹر
۲ؔ پنکچر	۵ؔ نومن ٹے شنز
۳ؔ اسپ ٹک پنکچر	۶ؔ اوپن اونڈز

جراحات واضحہ (کھلے زخم) کی مختلف قسمیں ہیں۔

(۱) **جروح قطعیہ** یعنی صاف کٹے ہوئے زخم (قطع۔ کٹ جانا)

(۲) **جروح وخزیہ** یعنی چھدے ہوئے زخم (وَخز۔ گڑ جانا۔ سوراخ ہونا)

(۳) **جروح مزقیہ** یعنی پھٹے ہوئے زخم (مزق۔ پھٹنا)

(۴) **جروح رضّیہ** یعنی کچلے ہوئے زخم (رض۔ کچل جانا)

(۵) **جروح سمیہ** (زہریلے زخم) مثلاً زہریلے جانوروں کے ڈسنے کے زخم

(۶) **جروح ناریہ یا بارودیہ** یعنی بندوق کی گولی وغیرہ کے زخم۔

لیکن بڑا فرق اور اہم امتیاز وہ ہے جو جروح ملوثہ (جروح عفونیہ) اور غیر ملوثہ (غیر عفونیہ) کے مابین ہوتا ہے (قسم اول میں جراثیم ہوتے ہیں، اور قسم دوم میں انکا دخل نہیں ہوتا)

(۱) **جروح قطعیہ** یعنی کٹے ہوئے زخموں کی بہترین مثال وہ زخم ہیں جو جراح اپنی دستکاری میں نشتر سے کاٹ کر بناتے ہیں۔ یہ عموماً تیز اور کاٹنے والے آلات سے پیدا ہوتا ہے، اگرچہ بعض اوقات دوسرے حالات میں ایسے زخم پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایسے زخموں میں درد کافی ہوتا اور ان سے سیلان خون (نزف) خوب ہوتا ہے۔ اور ان کے کنارے (زخم کے لب) کھلے ہوئے ہوتے ہیں۔ اسی وجہ سے ان کو **جروح فاغرہ**[۹]

[۱] انسائزڈ اونڈز	[۶] گن شاٹ اونڈز
[۲] پنکچرڈ اونڈز	[۷] انفکٹڈ اونڈز
[۳] لیسی ریٹڈ اونڈز	[۸] نن انفکٹڈ اونڈز
[۴] کنٹیوزڈ اونڈز	[۹] گیپنگ ونڈز
[۵] پوائزنڈ اونڈز	

(کھلے منہ کے زخم) کہتے ہیں (فغر۔ منہ کھولنا) نیز انکے حواشی کچلے ہوئے نہیں ہوتے۔

جروح قطعیہ کے خصوصی علاج سے پہلے جراحات (زخموں) کا عام اصول علاج بیان کیا جاتا ہے۔

اصول علاج۔ زخم (جرح) خواہ اتفاقاً کسی حادثہ کیوجہ سے پیدا ہو جائے۔ خواہ جراح کی دستکاری سے سب کا اصول علاج یہی ہے کہ اس زخم کو عفونت (جراثیم کی آلودگی) سے بچایا جائے اور حتی الامکان یہ کوشش کی جائے کہ اس زخم میں باہر سے کوئی ایسی چیز نہ پہونچنے پائے جسکے ساتھ خارجی جراثیم زخم تک پہونچ جائیں۔ تطہیر (پاک رکھنا پاک کرنا) سے یہی مقصود ہوا کرتا ہے۔ جسکی اندنوں جبکہ علم الجراثیم کا بہت بڑا باب کھل گیا ہے از بردست اہمیت ہے۔

جروح قطعیہ کا علاج:۔ ان زخموں کے التیام بقصد اول[1] کے لئے ضروری ہے کہ ان کے علاج میں مندرجۂ ذیل اہم امور کا لحاظ کیا جائے!

(۱) **جریان خون (نزف) کا روکنا:** عروق شعریہ کا جریان خون (نزف شعری) گاہے اپنے آپ بیرونی ہوا کے لگنے سے بند ہو جاتا ہے، اور گاہے صرف اسقدر کافی ہوتا ہے کہ صاف اور مطہر اسفنجہ[3] سے چند دقائق تک دبا دیا جائے۔ شریانی اور وریدی نزف کو روکنے کے لئے گاہے انکو باندھا جاتا ہے (ربط[4])، گاہے ان پر دباؤ ڈالا جاتا ہے (ضغط)، چنانچہ جب جریان خون کا مرکز جلد سے قریب ہوتا ہے، تو خون کو روکنے کے لئے

[1] ہیلنگ بائی فرسٹ انٹنشن
[2] کیپلری ہیمورج
[3] سواب
[4] لیگیچر

ابرۃ الخیاطۃ (ٹانکہ لگانے کی سوئی) مقام نزف میں گذاری جاتی ہے، جس سے جریان رُک جاتا ہے، اور کا ہے ملقط شریانی سے کٹی ہوئی رگ کو پکڑ کر ل دیا جاتا ہے (التوار)۔ خون کو پورے طور پر بند کرنے کی اہمیت یہ ہے کہ راثیم کے نشو ونما میں کمی آجائے، یا بالکل رُک جائے، جیسا کہ پہلے بتایا گیا ہے۔

(۲) زخم اور اسکے اجزاء مجاورہ کی تطہیر (صفائی): اسکی ضرورت ان صورتوں میں نہیں پڑتی ہے، جن میں جلد کو دستکاری کے لئے پہلے سے پاک کر لیا جاتا ہے۔ لیکن وہ جراحتیں جو اتفاقاً واقع ہوتی ہیں، انمیں عدم تلوث کا وثوق نہیں کیا جا سکتا، کیونکہ زخم خواہ کتنا و صاف کٹا ہوا ہو لیکن بہرحال جلد میلی (ملوث) ہوتی ہے، اور اکثر زخم کے اندر کپڑے کے جزاء، میل، یا لکڑی اور شیشے کے ریزے چلے جاتے ہیں۔ ان حالات یں زخم اور اسکے اردگرد کے اجزاء کو پورے طور پر حسب قواعد معمولی علم جراحی پاک کیا جائے، اور باحتیاط تمام تلاش کر کے جراحت سے اجسام ریبہ کو دور کیا جائے۔

جراحت کے اردگرد اگر بال ہوں، تو انہیں مونڈ دینا چاہئے۔ اور مائین سے اچھی طرح دھونا چاہئے۔ اسکے بعد زخم کو اور اسکے گرد کی سطح کو غسول روحی سے خوب دھویا جائے۔ اردگرد کی جلد پر غسول بنفشین ۔ فیصدی (آیوڈین لوشن) کا طلا کرنا بھی کافی ہوتا ہے۔

بنفشین (آیوڈین) ۲ حصے

روح مکرر (رکٹی فائڈ اسپرٹ)۔ ۱ حصے

لہ سیوچر نیڈل

لہ آرٹری فارسیس

لہ اسپرٹ لوشن

(۳) زخم کی دونوں متقابل سطحوں کو ٹانکہ سی ملانا: اس مقصد کے لئے مختلف چیزیں استعمال کی جاتی ہیں، مثلاً چاندی کے باریک تار (اَسلاک فِضّیہ)، حریر (ریشم)، گھوڑے کا بال، وتر دودۂ ابریسم[1] (ریشم کے کیڑے کا تانت)، اور بلی کا تانت (وترالہر[2])۔ گھوڑے کا بال اور وتر دودہ (ریشم کے کیڑے کا تانت) اتفاقی حادثات کے جراحات کے لئے، اور اُن مقامات کے جراحات کے لئے زیادہ مناسب ہیں، جہاں نشانِ زخم (ندبہ) کا چھوٹا ہونا بہتر ہو، جیسے چہرہ؛ اسلئے کہ یہ دونوں چیزیں جذب نہیں ہوتی ہیں۔ لیکن معمولی عملیات میں، جہاں عدم تلوث کا گمان غالب ہو، اور جہاں علاج بعد العملیات میسر ہو، باریک وترالہر اور ریشم استعمال کئے جاتے ہیں۔

خیاطت کی تین بڑی قسمیں ہیں: (۱) خیاطت مخفیہ (مدفونہ)، (۲) خیاطت غائرہ (۳) خیاطت سطحیہ۔

خیاطت[3] مخفیہ (مدفونہ) اندنوں بہت زیادہ مستعمل ہے، کیونکہ اس میں جسم غریب[4] بلا کسی خطرے کے ساختوں کے اندر رکھ دیا جاتا ہے، بشرطیکہ وہ (جسم غریب اور جراحت دونوں پاک (غیر ملوث) ہوں۔ خیاطت مخفیہ میں کس قسم کا دھاگہ استعمال کیا جائے تو اسکا انتخاب اپنی غرض کے مطابق کرنا چاہئے، مثلاً یہ کہ وہ دھاگہ قائم رہے یا جذب ہو جائے۔ وہ حصہ جسے سینا منظور رہے، اگر وہ زیادہ قوی نہ ہو، اور مقام زخم (ندبہ) تناؤ کیوجہ

---

[1] سلک دارم گٹ
[2] کیٹ گٹ
[3] بریڈ سیوچر
[4] فارن باڈی
[5] ٹیوٹ بریڈ سنچ

سے کھل گیا ہو، جیساکہ شکم کی دیواروں میں اسکے چیرنے کے بعد ہوجاتا ہے
تو ایسا مادہ (ڈورہ) استعمال کرنا چاہیئے جو قابل انجذاب وامتصاص نہ ہو
مثلاً ریشم یا وتر دودہ، کیونکہ مقام التحام میں ایسے ڈورے کی موجودگی سے
ساخت کی کمزوری قوت سے بدل جاتی ہے۔ یہ بھی یاد رکھنا چاہیئے کہ
اگر ٹانکوں کو زیادہ زور سے کسا جائیگا، تو ممکن ہے کہ وہ ساختیں جو ٹانکوں کے
درمیان ہیں، گھٹ جائیں (اختناق)، اور ان میں کچھ دیر کے بعد پیپ
پڑجائے، خواہ بیرونی تلوث نہ ہونے پائے۔ دوسرے حالات میں بعض
اوقات خیاطت مخفیہ کی غرض یہ ہے کہ ساختوں کو ملاکر کچھ عرصہ تک رکھا
جائے، تاکہ ان کے درمیان طبعی اتصال واقع ہوجائے، اس کے بعد
جسقدر جلد ممکن ہو، ٹانکوں کو زائل کردیا جائے۔ مثلاً جب گردن سے
قیلہ[1] حلقومیہ (گھیگھا) کو نکالا جاتا ہے، تو کٹی ہوئی ساختوں کے جڑنے
کے لئے ٹانکے لگائے جاتے ہیں۔ اسی طرح کٹے ہوئے عصب کے دونوں
سروں کو ملانے کے لئے بھی یہی کیا جاتا ہے۔ ایسے مقاصد کے لئے باریک
وترالہر بہتر ہے، جسے صبغیہ[2] (کرومیم) کے مرکبات میں مدبر کرلیا گیا ہو۔

خیاطت[3] غائرہ (گہری سلائی۔ گہرے ٹانکے)، کی ضرورت اُس
وقت پیش آتی ہے جبکہ زخم کے لبوں کا باہم ملانا اس وجہ سے دشوار
ہوتا ہے کہ تناؤ کی وجہ سے یہ دور چلے جاتے ہیں۔ اس مقصد کے لئے
ریشم یا وترالہر کا موٹا ڈورہ استعمال کیا جاتا ہے، اور اسکو حاشیہ سے ایک
یا ڈیڑھ قیراط کے فاصلہ پر داخل کیا جاتا ہے؛ اور گاہے چاندی کا تار استعمال

---

[1] گائٹر
[2] مُصَبَّغ (کرومی سائزڈ)
[3] ڈیپ سیوچر

کیا جاتا ہے، جلد پر سیسے کے آزرار[۱] یا اقراص رکھے جاتے ہیں، اور تار کے سروں کو ابھرے ہوئے کناروں کے گرد باندھ دیا جاتا ہے۔ گہرے ٹانکے علی العموم دو تین دن کے بعد نکالے جاتے ہیں۔

خیاطت سطحیہ[۲] (سطحی سلائی۔ بالائی ٹانکے)۔ اس قسم کی خیاطت میں اسکا لحاظ رکھنا ضروری ہے کہ ٹانکوں سے زخم کے لب ایک دوسرے سے مل جائیں، ان سے کوئی غیر معمولی تناؤ اور دباؤ نہ پیدا ہو، اور نہ جلد مڑکر اندر کیطرف آجائے۔ اسکے مختلف طریقے ہیں:۔

(الف) **خیاطت مُتَقَطِّعَہ**[۴]۔ اس قسم کی سلائی میں ہر ایک ٹانکہ علیحدہ ہوتا ہے، اور گرہ جراحت کے کسی ایک جانب دی جاتی ہے۔ یہ طریقہ عموماً اُس وقت برتا جاتا ہے جبکہ زخم بے ڈول (غیر منتظم) شکل کا ہو، یا جن میں تناؤ ہو۔

(ب) **خیاطت**[۵] **متصلہ** وہ سلائی ہے جس میں ٹانکہ ایک مقام سے نکالکر دوسرے مقام میں اس طرح لگایا جاتا ہے کہ بیرونی سطح پر ٹانکوں کی رفتار ترچھی رہتی ہے، اور زخم کے محض دونوں سروں پر گرہ لگائی جاتی ہے۔ اس قسم کے ٹانکوں کا استعمال غیر مستحسن ہے۔

(ج) **خیاطت**[۶] **لَفِّیَہ**: یہ خیاطت متصلہ کی ایک قسم ہے جو پھیلے ہوئے زخموں (جروح متسعہ) یا شگافوں کے لئے مستعمل ہے۔ اس قسم کی سلائی میں ٹانکے اس طرح دئے جاتے ہیں کہ زخم کے لبوں کے نیچے

---

[۱] بٹن

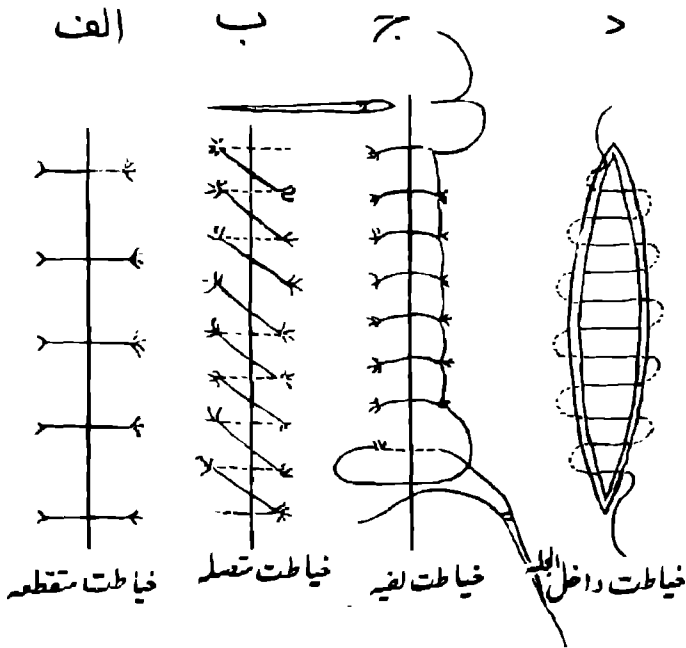
[۲] سوپرفیشیل سیوچر

[۳] انٹرپٹڈ سیوچر

[۴] کنٹی نوائس اسٹچ (گلوورس اسٹچ)

[۵] بلینکٹ اسٹچ (بٹن ہول اسٹچ)

جانے کے بعد جب سوئی اوپر آتی ہے، تو سوئی کو پچھلے ڈورے کے نیچے سے اس طرح گزارا جاتا ہے، کہ ہر ایک ٹانکہ کا بند کس جانے کے بعد زخم کے کنارے (لب) کے ساتھ زاویہ قائمہ پر آجاتا ہے، اور وہ

تصویر خیاطت مختلفہ

ڈورا جو ہر ایک بند کے درمیان زخم کے ایک پہلو پر ہوتا ہے، وہ بمقابلہ زخم کے لب کے متوازی رہتا ہے۔

(د) خیاطت داخل الجلد[1] (جلد کے اندر کی سلائی)۔ یہ اس وقت استعمال کی جاتی ہے جبکہ زخم کے لبوں کو نہایت خوبی کے ساتھ ملانا ہو، اور یہ مقصود ہو کہ التحام کے بعد کم از کم نشان دکھائی دے، جیسا کہ چہرہ اور گردن کے جروح میں کیا جاتا ہے۔ ایسی صورت میں پہلے یہ ضروری ہے کہ خیاطت مخفیہ کے ذریعہ گہری ساختوں کو ملا لیا جائے، تاکہ زخم کے کنارے قریب آ جائیں۔ اس غرض کے لئے باریک وتر دودہ (ریشم کے کیڑے کا تانت) یا چاندی کا باریک تار اور چھوٹی سی سیدھی سوئی استعمال کی جاتی ہے۔ اس قسم کی سلائی میں سوئی کو محض بشرہ کے نیچے جوہر جلد میں داخل کیا جاتا ہے، اور اسے سطح کے متوازی گذارا جاتا ہے، اور نقطۂ دخول سے ایسے فاصلہ پر سوئی نکالی جائے، جو ½ قیراط سے کم ہو، اور وہ اس طرح ساخت میں سے ہلالی حصہ (نصف دائرہ) لیلے۔ پھر اسی طرح زخم کے جانب مقابل میں کیا جائے، اور زخم کے دوسرے سرے تک پے درپے اس عمل کو جاری رکھا جائے، اور آخر میں سلائی کے دونوں سروں کو زور سے کھینچا جائے، اور انہیں لمبا چھوڑ دیا جائے۔ جب ٹانکوں کو دور کرنا ہو تو ایک سرے کو کاٹ دیا جائے، اور دوسرے سرے کو کھینچ لیا جائے جس سے ڈورا بہت جلد اور بغیر درد کے نکل جائیگا۔

(کا) بعض جراح بجائے خیاطت (سلائی) کے فلزی[2] مشابک (دھات کی چٹکیاں) استعمال کرتے ہیں، لیکن ان میں کوئی حقیقی فائدہ نہیں ہے۔ بعض اوقات چپکنے والے لازوقات[3] استعمال کئے جاتے ہیں، انکا

[1] انٹرا ڈرمک اسٹچ (سب کیوٹے نیس اسٹچ)	[2] مے ٹالک کلپس [3] ایڈ ہے زو پلاسٹرس

استعمال صرف اُن جراحتوں میں کرنا چاہیئے، جو بہت چھوٹی اور خفیف ہوں
لیکن ایسے خفیف زخموں میں اس سے بہتر باریک خیاطت ہے جو مطہر
(غیر ملوث) ہو۔ لازوقات کا استعمال جروح کے آخری درجات میں زیادہ
مفید ہوتا ہے؛ تاکہ زخم کے لب ملے رہیں، اور تاکہ عضلی انقباض کی وجہ سے
نسیج ندبی سکڑ نہ جائے۔ علی الخصوص یہ تکملہ کے عملیات کے بعد بہت مناسب
ہے، بشرطیکہ مواد کے بہاؤ (نزح) کا انتظام کر لیا گیا ہو۔ زخم کے التحام
کے بعد تین سے چھ ماہ تک اسے بند لگا رکھا جائے۔ حتی کہ نسیج ندبی سکڑ جائے
اور یہ مستحکم ہو جائے۔ ایسا کرنے سے فتق کا اندیشہ رک جاتا ہے۔

(۴) **نزح جراحات** (تفریغ جراحات یعنی زخم کے مواد کا بہانا):

زخم کے مواد کے بہاؤ کا انتظام کرنا اسلئے ضروری ہے کہ انصباب خون
یا انصباب رطوبات سے زخم میں پیپ پڑ جانے کا اندیشہ ہو۔ اتفاقی حادثات
کے زخموں میں، جہاں عدم [illegible] اور جریان خون کی بندش
مشتبہ ہو، یا جہاں ساختیں [illegible] یا مجروح رگیں [illegible] ہوں، عموماً یہ
مناسب ہوتا ہے کہ ۲۴ یا ۴۸ گھنٹے کے لئے زخم کے اندر انبوبہ داخل
کر دیا جائے۔

نزح جراحت یعنی مواد کے بہاؤ کے لئے ربڑ کی نلکی (انبوبہ مطاطیہ)
کافی ہے؛ زخم کی سطح کے موافق اسکے سرے کو کاٹا جائے، اور ابتداءً
جراحت کے کناروں کے ساتھ اسے سی دیا جائے، تاکہ یہ پھسل کر اندر
یا باہر نہ ہو جائے؛ آخری درجات میں اگر ضرورت ہو تو انبوبہ میں صاف

اسکار ٹشو	ڈرینج
ہرنیا	ٹیوب

(مطہر) دَبوس[1] الامن لگا دیا جائے، تاکہ انبوبہ پھسل کر زخم کے اندر نہ چلا جائے بچوں کی جراحتوں کے لئے بعض اوقات گھوڑے کے چند بال کافی ہوتے ہیں۔

(۵) مانع عفونت[2] یا غیر عفونی اسادہ (پٹی باندھنا) کے ذریعہ زخم کو ہر قسم کے نئے ہیج اور جدید تلوث (عفونت۔ عدونی) سے بچایا جائے۔

(۶) **عضو مجروح کو آرام کے ساتھ رکھا جائے**، اور اس مقصد کے لئے جس قسم کے سامان کی ضرورت ہو۔ اسے مہیا کیا جائے مثلاً جبائر[3] معالیق (حمائل) یا پٹیاں وغیرہ۔

(۷) **مریض کی عمومی صحت** کا لحاظ رکھنا بہت ضروری امر ہے جراحی علمیات سے پہلے دستوں کے ذریعہ آنتوں کو صاف کرنا چاہیئے، اور اس کے بعد باحتیاط غذا کی ترتیب کو باقاعدہ کیا جائے، لیکن اتفاقی حادثات میں جہاں تک جلد ممکن ہو مسہل دیا جائے، اور ماکول و مشروب کو محدود کیا جائے۔

جروح قطعیہ کا التحام

معمولی حالات میں غیر عفونی (غیر ملوث) جراحت قطعیہ پانچ سے سات روز تک ملتحم ہو جاتی ہے، لیکن ٹانکوں کے نکالنے کا صحیح وقت کیا ہے؟ یہ مریض کی عمر اور قوت کے لحاظ سے، اور ماؤف و مجروح عضو کی نوعیت سے، نیز تناؤ کی مقدار کے لحاظ سے جو زخم کے لبوں تک ملنے کے لئے ضروری ہے مختلف ہوا کرتا ہے۔ چنانچہ معمولی جراحی عملیات کے زخموں میں، جو جراثیم سے پاک (غیر ملوث) ہوتے ہیں، عموماً

---

[1] سیفٹی پن
[2] انٹی سپٹک ڈریسنگ (یا) اسپٹک ڈریسنگ
[3] اسپلنٹس
[4] سلنگ

آٹھویں روز ٹانکے نکال لئے جاتے ہیں، لیکن چہرہ میں اس سے پہلے ہی نکال لینا مناسب ہے، اسلئے کہ ایسے کثیر العروق مقام میں التحام جلد ہی ہوتا ہے، علاوہ ازیں ٹانکہ کے نکال لینے سے ندبہ (نشانِ زخم) کا حجم بھی چھوٹا ہوجاتا ہے۔

التیام کی روکنے والی چیزیں وہ اسباب جو جروح قطعیہ کے التحام بقصد اول میں تاخیر پیدا کردیتے ہیں، اگر بطور خلاصہ کے بیان کئے جائیں تو یہی کہا جاسکتا ہے کہ یہ چیزیں دراصل اُن سات باتوں کا عکس ہیں۔ جو اوپر بتائی گئی ہیں، اور وہ یہ ہیں:

(الف) جریان خون کا بند نکرنا، جسکی وجہ سے زخم کے دونوں لب یا دوسری گہری ساختیں ایک دوسرے سے جدا رہیں۔

(ب) غیر مطہر اجسام غریبہ یا مواد عفنہ کا زخم کے اندر پایا جانا، اور شروع میں مانع عفونت تدابیر کا خیال نکرنا۔

(ج) زخم کے دونوں لبوں کا باہم نہ ملانا۔

(د) مواد کے بہاؤ (تفریغ نزح) کا کافی انتظام نکرنا، جس سے ٹانکوں میں تناؤ اور کھچاوٹ پیدا ہوجاتی ہے۔

(ہ) زخم کا بعد میں مختلف اسباب سے متعفن اور ملوث ہوجانا (تلوث متاخر)۔

(و) مجروح حصے کو آرام نہ پہونچانا (عدم تثبیت)۔

(ز) عام بدنی حالات، مثلاً کسی مرض کی وجہ سے، یا دیگر اسباب سے قوت حیوانیہ کا کمزور رہونا۔

جب زخم کی گہرائی میں خون اکٹھا ہو جاتا ہے، تو گاہے زخم کا بیرونی شگاف اچھی طرح ملتحم ہو جاتا ہے۔ لیکن باہر کی طرف خفیف سی سوجن (ورم۔ انتفاخ) باقی ہوتی ہے اور یہ مقام نازک ہوتا ہے (مضاضت[1])، اور کچھ ہلکا بخار پایا جاتا ہے جسکی حرارت رات کے وقت ۱۰۰ درجہ تک چڑھ جاتی ہے۔ ایسی حالت میں عموماً یہ کافی ہوتا ہے کہ زخم کو جزوی طور پر کھول دیا جائے اور اس کے اندر جو کچھ مواد اور لوتھڑے موجود ہوں۔ انہیں نچوڑ کر خالی کر دیا جائے۔ اور اسکے بعد اسکے اندر ایک چھوٹی سی نلکی (انبوبہ) داخل کر دی جائے یا کتیت[2] (غرقہ) [illegible] کا ٹکڑا رکھ دیا جائے۔

(۲) جروح ممزّقہ اور جروح رضّیہ

پھٹے ہوئے اور کچلے ہوئے زخم

اس قسم کے زخم کند آلات (آلات کالّہ) اور بھاری اجسام کیوجہ سے مثلاً گاڑی کے پہیوں اور پتھر وغیرہ سے واقع ہوتے ہیں بڑے بڑے کارخانوں میں مشینوں سے بھی اکثر ایسے زخم پیدا ہوتے ہیں اور ریل کے حادثوں اور عام شہر کی سڑکوں میں اس قسم کی جراحتیں بہت ملتی ہیں۔ یہ مندرجہ ذیل علامات سے پہچانی جاتی ہیں۔

(الف) ان میں عموماً جریان خون ان میں بہت زیادہ نہیں ہوتا، خواہ بڑی رگیں مجروح ہو جائیں۔ اسلئے کہ ان میں رگیں صاف طور پر نہیں کٹتی ہیں بلکہ وہ بیچا بیچا طور پر مجروح ہو جاتی ہیں۔ اور اسلئے کہ رگوں کا اندرونی و درمیانی طبقہ جو ایک [illegible] مجروح ہوتے ہیں، بیرونی طبقہ کے اندر سمٹ کر

---

[1] ٹنڈرنس

[2] گاز

اور جنٹ بناکر سیلان خون کے لئے حاجز (آڑ) سے ہوجاتے ہیں۔ چونکہ رگوں میں ایک قسم کی لچک ہوتی ہے، اس لئے بعض اوقات یہ اپنے غلاف (آغمدہ) سے باہر کھنچ آتی ہیں، اور سطح جراحت پر تڑپتی ہوئی دکھائی دیتی ہیں

(ب) جراحت کی نوعیت پر مقدار فساد کا دارومدار ہے، لیکن عام طور پر اس قسم کی جراحتوں میں بدنی ساخت کے کافی اجزاء فوراً یا نتیجۃً مردہ ہوجاتے ہیں۔ جلد بیقاعدہ طور پر مجروح ہوجاتی ہے، اور گاہے بہت بڑی مقدار میں یہ نیچے کے اجزاء سے اودھڑ جاتی ہے؛ عضلات اور اوتار گاہے ننگے ہوجاتے ہیں، یا انکے اتصالات ٹوٹ جاتے ہیں؛ گاہے اعصاب پھٹ جاتے ہیں، ہڈیاں کچل جاتی ہیں، اور یہ ریزے ریزے ہوجاتی ہیں؛ جوڑ (مفاصل) کھل جاتے ہیں؛ اور پھر یہ تمام ضرر رسیدہ اعضاء بعض اوقات مایوس کن طور پر گرد وغبار، اور رمیل کچیل سے ملوث ہوجاتے ہیں، جو چکنی کلوں پر جمع ہوتے ہیں، یا سڑکوں پر پڑے رہتے ہیں۔ وہ جراحتیں جو چلتی ہوئی بھاری گاڑیوں سے واقع ہوتی ہیں، بعض اوقات نہایت خطرناک ہوتی ہیں۔ اطراف (ہاتھ پاؤں) میں سے جب کوئی عضو پورے طور پر کچل کر کٹ پھٹ جاتا ہے، تو اکثر اوقات اوتار لمبے رہجاتے ہیں، اور عضلات کے بطون[له] اپنے غلافوں (لفائف) سے باہر نکل آتے ہیں، جو پلپلے سے خون آلود لوتھڑے کی شکل میں نظر آتے ہیں، اس لئے کہ جلد کے نیچے کی ساختیں جس مقام پر پھٹتی ہیں، جلد اس مقام سے اوپر پھٹتی ہے۔

اس قسم کے زخموں کی رفتار کا دارومدار زیادہ تر اس سوال پر

له مسکیولر بیلی

ہوتا ہے کہ آیا جراحت ملوث ہو یا غیر ملوث (عفونی ہو یا غیر عفونی اور پاک)۔

چنانچہ غیر عفونی (غیر ملوث) جراحت مزقیہ میں گاہے یہ ممکن ہوتا ہے کہ زخم کے لبوں کو خیاطت وغیرہ سے ملا دیا جائے، تو گو زخم کے لب کسی قدر کھلے ہوئے ہوتے ہیں، لیکن زخم کا التحام بالقصد الاول ہو جاتا ہے، اگرچہ کسی قدر تاخیر ہو سکتی ہے، بشرطیکہ مواد کے بہاؤ (نزح) کا انتظام کر دیا جائے اور جب زخم کھلا رہتا ہے، تو مردہ اجزاء گاہے جذب ہو جاتے ہیں، اور گاہے یہ ٹیبا ہو جاتے ہیں، اور غیر ملوث انگوری (اریکتہ الجرح۔ ازدراعیہ) سطح پیدا ہو جاتی ہے۔ گاہے مریض کو سادہ حمی جرحیہ[1] دو تین روز کے لئے لاحق ہو جاتا ہے، لیکن یہ کچھ زیادہ قابل توجہ نہیں ہوتا۔

لیکن جب جراحت (زخم) عفونی جراثیم سے ملوث ہو جاتی ہے، تو التہاب کے عوارض رونما ہوتے ہیں، جس کے نتیجہ میں کچلی ہوئی اور مردہ ساختیں جذب ہو جاتی ہیں۔ یا پیپ کی شکل میں تبدیل ہو جاتی ہیں۔ اور بالآخر زخم کے اندر انگوری سطح بن جاتی ہے۔

اس قسم کے زخموں کے لئے تین درجات (تین دور) بیان کئے جاتے ہیں:-

(الف) درجۂ اصابت[2] (درجۂ آفت) جو صدمہ (تہوّر) پر منتہی ہوتا ہے۔ اگر عضلی اصابت بہت وسیع ہوتی ہے، یا اگر بڑے اعصاب (عصبی اجذاع) کچل جاتے ہیں، تو یہ صدمہ بہت شدید ہوتا ہے۔

(ب) درجۂ التہاب و تأکّل (تآکل۔ ساختوں کا گل جانا)، جو

---

[1] ٹراؤمے ٹک فیور

[2] انجری

[3] شاک

اختلافِ حالات کے لحاظ سے ایک ہفتہ، دس روز، یا زیادہ عرصہ تک رہتا ہے۔ اس اثناء میں مریض کے اندر مختلف عفونی عوارض نمودار ہوسکتے ہیں، مثلاً نزف ثانوی[1]، تسمم دموی[2]، تقیح دم[3]، کزاز[4]، اور غانغرانا جرحیہ[5] وغیرہ۔

(ج) درجہ التحام جو انگوروں کے ذریعہ ہوتا ہے، یا دیرینہ تقیح کے ذریعہ۔ اگر احوال ردی ہوں تو اس درجہ میں گاہے حمی دق اور انحطاط قویٰ (نڈھال ہونا) لاحق ہوتا ہے۔

ایسے زخموں کے التحام کے نتائج گاہے بالکل اطمینان بخش ہوتے ہیں، اور گاہے تکلیف دہ نتائج برآمد ہوتے ہیں، چنانچہ گاہے ندبہ کے اندر اعصاب آجاتے ہیں، اور گاہے یہ مفلوج ہوجاتے ہیں؛ گاہے عضلات و اوتار ملتصق ہوجاتے، یا ندبہ کے سکڑنے سے ان میں تقلص آجاتا ہے، جس سے متصلہ حصوں کی حرکت کم یا بند ہوجاتی ہے؛ اور گاہے ندبہ کے سکڑنے سے بدہیئتی (فسادِ شکل) رونما ہوجاتی ہے۔

علاج: جرحِ مزقیہ اور رضیہ کا علاج انکے مخصوص حالات کے لحاظ سے مختلف ہے، اور ایسا کوئی قاعدہ کلیہ نہیں بتایا جاسکتا، جو سب کے لئے یکساں کارآمد اور موافق ہو۔

ذیل میں چند اصول بتائے جاتے ہیں، جنکی عموماً پیروی کیجاتی ہے:

(الف) **علاج مباشر** (فوری علاج): اس قسم کے تمام زخمونکو ملوث (عفونی) سمجھنا چاہئے؛ اور ان قواعد کے مطابق علاج کرنا چاہئے، جو

[1] سکنڈری ہیمورج
[2] سپٹا کسی میا
[3] پائی میا
[4] ٹے ٹے نس
[5] ٹراؤمے ٹک گنگرین

جراحات عدوی (جراحات ملوثہ) کے بیان میں بتائے گئے ہیں (دیکھو علم الجراحت جلد اول صفحہ ۲۱۴) یعنی مردہ اور نقصان رسیدہ حصے کو کاٹ کر الگ کر دیا جائے، زخم کو پاک کیا جائے، اور فوراً ٹانکے لگا دیے جائیں، بشرطیکہ جراح کو اسکا یقین ہو جائے کہ زخم جراثیم کے تلوث سے پورے طور پر پاک ہو گیا ہے۔ اگر اسکا یقین حاصل نہ ہو تو زخم کو کھلا چھوڑ دیا جائے، اور مناسب سامان زخم کے اندر بھر دیا جائے، مثلاً دسام[1] (خرقہ) جسے فلیوائن کے محلول (ایک فی صدی) میں بھگو لیا گیا ہو، یا اُسے عصیدۂ ماریس[2] میں لتھیڑ لیا گیا ہو، اور اگر زخم کو عفونت سے بچا لیا گیا ہے، تو خیاطت[3] ادلیہ متأخرہ عمل میں لائی جائے (دیکھو صفحہ ۲۱۶ علم الجراحت جلد اول)۔

علاج مابعد (علاج تالی) کا دارومدار اس امر پر ہوتا ہے کہ ایا جو وسائل جراحت کو پاک کرنے کے لئے اختیار کئے تھے، وہ کامیاب رہے یا نہیں۔ اگر زخم تلوث سے آزاد رہا، تو کسی خاص چیز کی ضرورت نہیں ہے؛ لیکن اگر زخم ملوث ہو گیا ہے تو ورم خلوی[4] (فلغمونی) لاحق ہو جاتا ہے؛ جسکے ساتھ کچھ تاکل (گلنا) بھی ہوتا ہے؛ ایسی حالت میں آزادی کے ساتھ (کشادگی سے) زخم کو کھولنے کی ضرورت پیش آتی ہے، اور اگر کہیں پیپ چھپی ہوئی ہوتی ہے، تو آزادی کے ساتھ زخم میں شگاف دیکر اسے بہایا جاتا ہے۔ التہاب کے عوارض جب تک قائم رہتے ہیں، اُس وقت تک

[1] گاز
[2] بی آئی پی پیسٹ
[3] ڈلیڈ پرائمری سیوچر
[4] سیلیولائٹس
[5] سلفنگ

تکمیدات اور گرم حمامات وغیرہ جاری رکھے جاتے ہیں. جب عمل تقیح بند ہوجاتا ہے، اور گلے سڑے اجزار (تاکلات) جدا ہوجاتے ہیں، تو انگوریکی ذریعہ التحام واقع ہوتا ہے. یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ جب گلی سڑی ساختیں آخر میں علیحدہ کی جاتی ہیں، تو بعض اوقات نزف ثانوی جاری ہوجاتا ہے. اس اثنار میں مریض کو حمی التہابیہ مسلسل جاری رہتا ہے، اور اسکی عام بدنی صحت گرتی ہوئی چلی جاتی ہے، اس لئے ایسی صورت میں مریض کی بدنی صحت کا پورا پورا لحاظ رکھنا ضروری ہے.

جب زخم کے اندر صاف انگوری سطح (سطح ارکی) بن جاتی ہے تو اس وقت اسکا طریقۂ علاج وہی ہوتاہے، جو دوسرے اچھے ہونیوالے زخموں (جراحات التحامیہ) اور قرحوں کا ہے. جب زخم بہت پھیلا ہوا ہوتاہے، تو گاہے عمل ترقیع (پیوند لگانا) کی ضرورت پیش آتی ہے.

جب جراحت مقابلۃً چھوٹے حجم کی ہوتی ہے، تو عموماً التحام جلد واقع ہوتا ہے، لیکن وہ جب بہت بڑی اور بیقاعدہ شکل کی ہوتی ہے، خصوصاً جبکہ اندرونی ساختیں ماؤف ہوجاتی ہیں، جیساکہ گولی کے زخموں میں ہوتا ہے، تو بعض وقت انکی تدبیر و اصلاح دشوار ہوجاتی ہے. معالجین کی رہبری کے لئے یہاں چند عام اصول وقواعد بیان کئے جاتے ہیں:

(۱) جراحات سلیمہ[1] میں جن میں ترشح مواد کم ہو، خشک اساوات[2] (غبارات یابسہ) کا براہ راست انگوری سطح پر لگانا اچھا نہیں ہے، اسلئے جہاں تک ممکن ہو، اس سے پرہیز کیا جاوے، کیونکہ خشک اسادہ سے

[1] ہیلنگ اونڈز	[3] ہیلدی اونڈز
[2] اسکن گرافٹنگ	[4] ڈرائی ڈریسنگ

سطح پر چبھن اور خراش پہونچتی ہے، اور مواد کے بہاؤ میں بھی رکاوٹ ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں چونکہ پٹی (اسادہ) بار بار بدلی جاتی ہے، اسلئے ہر مرتبہ زخم کے بھرنے والے مواد (موادالتحامیہ) زائل ہو جاتے ہیں، اور اسکے ساتھ ہی عروق شعریہ مجروح ہوتی ہیں، جسکے نتیجہ میں خفیف جریان خون بھی ہوتا ہے، ان اسباب سے مقامی ہیجان بڑھتا چلا جاتا ہے، اور عمل صلابت (ساختوں کا سخت ہو جانا) جو انگور کے نیچے کی ساختوں میں ہوتا ہے، وہ گہری ساختوں تک پھیلتا چلا جاتا ہے۔ زخم کی سطح کو اس قسم کے ہیجان سے روکنے کے لئے گاہے پاک اور مطہر وقایہ[1] کا ایک ٹکڑا زخم کے برابر لیکر لگا دیا جاتا ہے، اور گاہے دسام (خرقہ۔جالی) کا ایک حصہ لیکر اسے پاک فازلین[2] (رداصلین) مرہم حامض بورقی، یا شحمین (پیرافین[3]) میں تمصیر کر کے سطح پر رکھدیا جاتا ہے۔ بڑے اور پھیلے ہوئے زخموں میں جن میں اچھے انگور بن رہے ہوں، عنبرین (امبرین) یا شحمین ہفتم (پیرافین ۷) کا اس طرح استعمال کرنا، جس طرح جلنے کی صورت میں کیا جاتا ہے، بہت مفید ہے، کیونکہ اسکے استعمال سے جو نرم ندبہ پیدا ہوتا ہے، اس کی نرمی اس سختی کا بہترین مقابلہ کرتی ہے، جو ایک عرصہ تک نشک اسادہ کے استعمال سے پیدا ہوتی ہے۔

(ب) ماؤف حصے کو آرام کے ساتھ قائم رکھا جائے، اور اسے خارجی ہیجانات سے آزاد رکھا جائے، مثلاً وہ ہیجان جو کپڑے وغیرہ کیوجہ سے پیدا ہو سکتا ہے۔ جنگ کے زخموں (جروح حربیہ) کے التحام میں اکثر اوقات اس وجہ تاخیر واقع ہوا کرتی ہے کہ مریض کو بہت جلد اٹھنے کی

---

[1] پروٹکٹو [2] ویسلین [3] بورک ایسڈ آئنٹ منٹ

اجازت دیدی جاتی ہے۔ یہ حکم خصوصیت کے ساتھ اُن زخموں پر عائد ہوتا ہے، جو جوڑوں کے اوپر ہوں، جہاں ہر ایک چھوٹی اور بڑی حرکت رقبۂ التحام کی شکل اور حجم پر مؤثر ہوتی ہے۔ اسی طرح یہ حکم خصوصاً اُن زخموں پر عائد ہوتا ہے، جو بطونِ[1] عضلات پر واقع ہوں، اور جنپر محض انگوروں کے ایک باریک طبقہ کا استر ہو۔ جوڑوں کی پوری حرکت ہر روز ایک دفعہ کرا دینے میں کوئی حرج نہیں ہے، تاکہ جوڑ نرم و ملائم رہیں اور ان میں صلابت نہ آجائے لیکن بہت کثرت سے اور بیقاعدہ طور پر حرکت دینا ٹھیک نہیں ہے؛ اسلئے اگر ضرورت ہو تو عضو کو جبیرہ کے ساتھ باندھکر اسکی حرکت روک دی جائے۔

(ج) ندبہ آخر میں سکڑکر اعضا کی حرکات کو محدود کردیا کرتا ہے، اسلئے اس طرف خاص توجہ رکھنے کی ضرورت ہے۔ اس مقصد کے لئے عضو مجروح کو ایسی وضع میں رکھا جائے، جو اس قسم کے تقلّص (سکیڑ) کو روکے، اور اس کے خلاف اور برعکس عمل کرے۔ مثلاً اگر عضلہ توامیہ[2] ساقیہ یا نعلیہ[3] میں جراحت واقع ہو، تو قدم[4] تقفدار کی وضع میں (جس میں ایڑی پیچھے کی طرف کھنچی رہتی ہے) زخم جلد مندمل ہوتا ہے؛ لیکن اسطرح زخم کے مندمل ہونے میں یہ خرابی ہے کہ ایڑی اسی وضع میں پیچھے کیطرف کھنچ جاتی ہے۔ چنانچہ جب قدم کو اسی وضع میں رکھا جاتا ہے، جس سے کعب کی حرکت محدود ہو جاتی ہے، تو اسکی اصلاح بعض اوقات اسقدر

[1] مسل بیلینر
[2] گیسٹروینمی اس
[3] سولی اس
[4] ٹیلی پیزا کوئی نس (قدم تقفدار وہ مرض جس میں انسان اگلے پنجوں کے بل چلتا ہے)

شکل ہوتی ہے کہ آخر کار بغیر دستکاری کے یہ عیب نہیں جاتا۔ اسلئے ضروری ہے کہ اس قسم کے زخموں کے اندمال کے زمانہ میں پہلے ہی احتیاط برتی جائے، اور قدم کو پنڈلی کے مقابلہ میں زاویہ قائمہ پر رکھا جائے۔

(د) اسی اثناء میں یہ کوشش جاری رہنی چاہئے کہ اُن حصوں میں **صلابت (سختی) یعنی حرکت میں کمی نہ آنے پائے،** جو عمل التحام واندمال سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ مذکورہ بالا حالات کا مناسب لحاظ رکھتے ہوئے یہ ضروری ہے کہ جس عرصہ تک مریض کے لئے سکون ضروری ہو، برابر تمام اعضاء میں باحتیاط حرکت دیتے رہیں، اور کسی جوڑ (مفصل) کو بے ضرورت بے حرکت نہ کریں۔ ہاتھ کے چھوٹے مفاصل اور انگلیوں میں خصوصیت کے ساتھ اس تنبیہ کا خیال رکھیں۔ کلائی کی جراحتوں میں شاذ و نادر ہی اسکی ضرورت ہوتی ہے کہ انگلیوں یا انگوٹھے کو جبیرہ میں باندھا جائے، اس لئے مریض کو مجبور کیا جائے کہ وہ انکو حرکت دیتا رہے خواہ اس سے مریض کو درد کی تکلیف پہونچے۔ ابتداء میں تھوڑی سی توجہ اور خیال کرنے سے اواخر میں بہت بڑا فائدہ حاصل ہوتا ہے، اور مفاصل میں صلابت (رکی حرکت) پیدا ہونے سے رُک جاتی ہے۔ کسی عضو (مثلاً ہاتھ یا پاؤں) کے وہ حصے، جن کی حرکت بند نہیں کی گئی ہے، اگر ان کی مالش اور ان کی حرکات جاری رکھی جائیں، تو اس سے پورے عضو کا تغذیہ قائم رہتا اور ترقی کرتا ہے، جس سے اندمال کے افعال میں امداد پہونچتی ہے، اور اس سے مریض کی عام صحت میں بھی ترقی حاصل ہوتی ہے۔

مسئلہ بتر | جروح مزقیہ کی شدید قسموں میں "بتر کا مسئلہ" لازماً پیدا ہوتا

---

[1] امپوٹے شن

ہے ، اگرچہ اس زمانہ میں بہت سے ایسے اطراف (ہاتھ پاؤں) بچالئے گئے ہیں جو گذشتہ زمانہ میں قربان کردیے جاتے تھے۔ یہ سوال کہ کب بتر کرنا چاہیئے اور کب نکرنا چاہیئے ، اس بارہ میں مستحکم قواعد نہیں بتائے جاسکتے ہیں؛ بلکہ ہر ایک صورت میں گرد وپیش کے حالات کا لحاظ کرتے ہوئے علاج وتدبیر کرنا چاہیئے ۔ ذیل میں چند **اصول عامہ** بتائے جاتے ہیں ، جنکا ابتدأً لحاظ رکھنا ضروری ہے ۔

(الف) **مریض کی عمر اور اسکی قوت** (قوت حیوانیہ)۔ بوڑھوں میں بمقابلہ جوانوں کے اندمال والتحام کی قوت (اصلاح النسجہ کی قوت) یقیناً کم ہوتی ہے ۔ چنانچہ جو ماؤف اعضاء جوانی کی عمر میں اصلاح پذیر ہو جاتے ہیں ، اُنہیں اکثر اوقات بڑھاپے میں الگ کردینے کی ضرورت ہوتی ہے ۔ عمر کے مقابلہ میں غالباً قوت کی اہمیت زیادہ ہے ؛ چنانچہ بعض لوگ ساٹھ سالہ ہونے کے باوجود بعض دوسرے چالیس سال والوں سے زیادہ تندرست اور قوی ہوتے ہیں ۔ اسی طرح مریض کے عادات ، مثلاً شراب خواری وغیرہ اور دوسرے عمومی امراض مثلاً ذیابیطس ، یا بول زلالی[1] وغیرہ کا بھی خیال رکھنا چاہیئے ، اسلئے کہ بعض اوقات ان عادات اور امراض کی موجودگی عمل بتر سے مانع ہوتی ہے ۔

(ب) **مجروح عضو یا مجروح طرف[2] کی قوت** : چنانچہ بمقابلہ کلائی کے پنڈلی کو زیادہ تر قربان کردیا جاتا ہے ، اسلئے کہ ہاتھ میں بمقابلہ پاؤں کے قوتِ حیات اور قوتِ اندمال والتحام زیادہ ہے ۔

(ج) تلوث اور عفونت کی موجودگی ، یا اسکا عدم بہت اہم امر ہے ،

[1] البومنی نوریا	[2] اکسٹریمٹی

اگر جراحت کو عفونت سے بچایا جا سکے، تو عضو کا محفوظ رہنا زیادہ ممکن ہے۔

وہ مقامی حالات یا علامات بر عمل بتر کے مقتضی ہوتے ہیں، ان کی دو قسمیں ہیں: ایک وہ جن میں بتر کرنا ضروری ہے۔

اور دوسرے وہ جن میں بتر کرنا یقینی اور ضروری نہیں، بلکہ مشتبہ ہے۔

(الف) وہ حالات جنمیں عمل بتر ضروری ہے

(۱) جبکہ کوئی عضو کسی کل میں آکر کچل جائے، یا ریل سے کٹ جائے یا کسی آتش گیر مادہ سے برباد ہو جائے۔

(۲) جبکہ کوئی پورا عضو، یا اس عضو کا کوئی مکمل حصہ پورے طور پر برباد ہو جائے، یا کچل جائے، اگرچہ اسکا تعلق جسم کے ساتھ قائم ہو۔

(۳) جبکہ عضو میں غانغرانا ہو چکا ہو، یا ہونے والا ہو، علی الخصوص جبکہ غانغرانا کی پھیلنے والی قسم ہو۔

(۴) جبکہ شدید عفونی علامات نمودار ہو جائیں، درانحالیکہ یہ امر پہلے ہی سے مشکوک ہو کہ وہ عضو بچ سکیگا، اور اسی شک کی حالت میں اُسے بچانے کی کوشش جاری ہو اسی طرح اُس وقت بھی بتر ضروری ہے، جبکہ دیرینہ تقیح کے باعث مریض نڈھال ہو رہا ہو۔

(۵) جبکہ کسی بوڑھے آدمی کے پاؤں میں شدید اور مرکب قسم کا تمزق[1] (کٹا پھٹا) ہو، جس میں ہڈیاں شریک ہوں، اور عام مفصلی تجاویف (تجاویف[2] زلالیہ) کھل گئی ہوں۔ ہڈیوں اور مفاصل کے امراض

[1] لیسی ریشن

[2] سائنوویل کیویٹی

میں عموماً تلوث (عفونت) کا اندیشہ زیادہ ہوا کرتا ہے، درانحالیکہ مرکز دوران خون سے قدم کا فاصلہ و توسعِ غانغرانا کے احتمال کو اور بھی زیادہ کر دیتا ہے۔

(ب) مندرجۂ ذیل حالات میں بتر مشکوک ہے

(۱) کسورِ مُفتّتہ مرکبہ[1]، جو قدم سے دوسرے حصوں میں ہوں فی نفسہ بتر کو اُس وقت تک نہیں چاہتے، جب تک کہ وہ بہت زیادہ پھیلے ہوئے نہ ہوں۔ اگر پوری توجہ سے ان کو پاک (غیر ملوث۔غیر عفونی) رکھنے کی کوشش کی جائے، مواد کے بہاؤ کا اچھا انتظام کیا جائے، ہڈیوں کے ٹوٹے ہوئے ٹکڑے (شظایا) اور بیرونی اجسام زخم سے نکال دیے جائیں، جو عموماً تخدیر (بیہوشی) کے بعد ہی ممکن العمل ہے، تو وہ اعضاء جو زمانۂ سلف میں کاٹ دئے جاتے تھے، نہ صرف محفوظ رہ سکتے ہیں، بلکہ بہت بڑی حد تک اپنے افعال بھی انجام دیسکتے ہیں۔ عمل بتر کا آخری فیصلہ، کہ کیا جائے، یا نہ، یہ زیادہ تر مریض کی عمر، حالت، اور سابقہ عادات پر موقوف ہے۔

(۲) جبکہ نرم ساختوں میں شدید آفت پہونچے، اور وہ ہڈیوں سے دور تک جدا ہو جائیں، مثلاً جبکہ کلائی کے عضلات اتفاقاً کسی کل سے کٹ پھٹ جائیں، اس حالت میں عمل بتر کرنا ضروری نہیں ہے (بلکہ یہ عضو ایسی حالت میں بچایا جا سکتا ہے) بشرطیکہ ان ساختوں کو (عضلات کو) اپنی اپنی جگہ پر لایا جا سکے، اور انکی قوت حیوانیہ کی بقا کا احتمال غالب ہو، اور یہ امید ہو کہ یہ عُضو التیام جراحت کے بعد بیکار نہیں ہوگا، جیسا کہ بعض اوقات

---

[1] کمپونڈ کامی نیوٹڈ فریکچرز

اعصاب کے ماؤف ہوجانے سے عضو بیکار ہوجایا کرتا ہے۔ جراح کا یہ فرض عین ہے کہ وہ ان دو باتوں میں بغور مقابلہ کرے کہ اگر عضو کو بچانے کی کوشش کی گئی، تو کیا خطرات پیش آسکتے ہیں، اور اگر بچا لیا گیا، تو یہ عضو مریض کے لئے کہاں تک کارآمد ثابت ہوسکیگا۔

(۳) کسی عضو کی بڑی شریان کا کٹ پھٹ جانا (تمزّق) بذات خاص عمل بتر کو ضروری قرار نہیں دیتا، لیکن اگر اسکے ساتھ ہڈیاں، وریدیں، یا اعصاب مایوس کن طور پر مجروح ہوجائیں، علی الخصوص جبکہ یہ صورت زیرین اطراف (پاؤں) میں ہو، اور مریض بوڑھا ہو، تو بلا تاخیر مزید بتر کردینا چاہئے۔ اس مقام پر ہم یہ بھی ذکر کرنا چاہتے ہیں کہ شائد مستقبل میں عمل ترقیع[1] (پیوند لگانا) زیادہ وسعت سے پھیل جائیگا، اور یہ کہ اس وقت تک ہم اس عمل کے بعض تعجب انگیز نتائج دیکھ چکے ہیں۔

(۳) جروح وخزیہ[2] اور طعنیہ

(چھدے ہوئے زخم اور نیزوں کے زخم)

اس قسم کے زخم چھیدنے والے (باریک نوکیلے) آلات کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں، مثلاً دبوش[3]، سوئی، نیزہ، خنجر، برچھی، سنگین، کرچ وغیرہ اس قسم کے زخموں میں بعض اوقات بیرونی سوراخ (دہانہ) محض بے حقیقت سا ہوتا ہے، مگر اندرونی آفت بہت شدید ہوتی ہے، کیونکہ اندرونی اور گہری ساختیں ماؤف ہوتی ہیں، مثلاً عروق دمویہ، یا اعصاب کٹ جاتے ہیں، یا تجاویف صدر وشکم یا ان کے احشا کھل جاتے ہیں، یا

[1] تشوگرافٹنگ [2] پنکچرڈ اینڈ اسٹیب [3] پن

کھوپڑی میں چھید ہو جاتا ہے۔ مابعد یا مستقبل کے عوارض کی شدت وخفت کا دارومدار عفونت (تلوث) پر ہوتا ہے۔ کہ آیا زخم میں عفونت پہونچ گئی ہے یا نہیں۔ اسلئے کہ لمبے اور تنگ زخموں کے مواد کے بہاؤ کا اچھا اور موثر انتظام کرنا اکثر اوقات دشوار ہوتا ہے، اس لئے بسا اوقات اندر ہی اندر پیپ اکٹھی ہو جاتی ہے، اور ادھر ادھر گھر کر لیتی ہے۔

خنجر نما سنگینوں سے جو زخم پہنچتے ہیں۔ خواہ وہ بلحاظ حجم ومقدار اور گہرائی کے اہم اور شدید ہوں انکا بھرنا عموماً اتنا دشوار نہیں ہوتا، جتنا کہ تکونی سنگینوں کے زخموں کا بھرنا، جن میں تین دھاریں ہوتی ہیں۔

جروح وخزیہ کا اصول علاج یہ ہے کہ زخم کو اچھی طرح پاک کیا جائے اور مواد کو بہنے کا اچھا انتظام کیا جائے، اور جلدی دہانہ کو بند نہ ہونے دیا جائے جب تک اندرونی آلائش کا ترشح التحام کے بعد رک نہ جائے۔ اور اگر ضرورت ہو تو کسی دوسرے پست مقام پر دوسرا دہانہ (فتحہ مقابلہ[۱]) بنایا جائے اگر شدید جریان خون ہو، یا کسی مقام پر فالج (استرخاء) نمودار ہو، جو عروق واعصاب کے کٹنے کی علامت ہے۔ تو فوراً زخم کو کھول کر عروق واعصاب کو نمودار کرکے انکا مناسب علاج کیا جائے۔

جروح وخزیہ عموماً سوئیوں کے گڑنے سے پیدا ہوتی ہیں، اور یہ بسا اوقات ٹوٹ کر جسم کے اندر رہ جاتی ہیں، علی الخصوص ہاتھ، پاؤں، گھٹنے، اور سرین میں۔ اگر ایسا اتفاق ہو، تو سوئی کو فوراً نکالنے کی کوشش کریں، یہ کام بعض اوقات بہت سادہ اور آسان ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات گہرے اور مشکل چیر پھاڑ (تشریح) کی ضرورت پڑجاتی ہے۔ جب

---

[۱] کونٹرا اوپے ننگ

جسم سے سوئیاں نہیں نکالی جاتی ہیں، تو گا ہے وہ عضلی اور بتری (صفاقی) طبقات پر گذرتی ہوئی کہیں سے کہیں نکل جاتی ہیں، اور نہیں کہا جاسکتا کہ وہ کہاں جاکر ٹھہرینگی، یا باہر نکل آئیں گی، اور نہیں کہا جاسکتا کہ وہ کب تک جسم کے اندر رہینگی، چنانچہ یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ بعض اوقات جیب[1] گردہ میں پہونچ گئی ہے، اور وہاں جاکر گردہ کی پتھری کا نواۃ[2] (درمیانی گٹھلی) بنگئی ہے، جسپر اجزاء ارسنیہ جمتے ہوئے چلے جاتے ہیں۔

جروح وخزیہ جو مچھلی کے کانٹوں دشص مخصوص سے بنتے ہیں، وہ بہت تکلیف دہ اور دردانگیز ہوتے ہیں، کیونکہ انکا خاردار سرا جو ساختوں کے اندر نفوذ کرجاتا ہے، وہ ساختوں کو پکڑ لیتا ہے، اور اس کا نکالنا جب تک کہ زخم کو بہت زیادہ نہ کھول دیا جائے، ناممکن ہوتا ہے۔ اسکا سادہ ترین اصول علاج یہ ہے کہ کانٹے کو اور زیادہ ڈھکیلا جائے، تاکہ وہ دوسرے مقام پر جلد سے نکل آئے، اب وہاں جلد میں شگاف کیا جائے، خاردار سرے کو کاٹ دیا جائے، اور بقیہ حصے کو آسانی سے نکال لیا جائے۔

بیرونی معدنی اجسام (غریبہ) جو چبھ کر اندر داخل ہوجاتے ہیں، مثلاً سوئیاں، اسی طرح کانچ کے ریزوں، اور کنکریوں کو ڈھونڈھنے کیلئے شعاع رانجن[3] سے عکس لینا بہت حد تک مفید ہوتا ہے، لیکن اس قسم کے عکس جسم غریب کے محل وتوقع کے بتانے میں زیادہ نفع بخش ثابت نہیں ہوتے، اور نہ انہیں دیکھکر یہ قطعاً بتایا جاسکتا ہے کہ یہ جسم غریب ہڈی کے کس جانب ہے، سامنے کی طرف، یا پیچھے کی طرف، اس لئے یہ ضروری ہی

---

[1] رینل پلوس [2] نیوکلی اس [3] رانجن ریز

کہ دو رُخ سے عکس لیا جائے (مثلاً ایک عکس سامنے کی طرف سے، اور دوسرا عکس پہلو سے)۔ اس امداد کے باوجود بعض اوقات سوئی جیسے جسم غریب کا پانا دشوار ہوا کرتا ہے، اسلئے ایسے جسموں کو بعض اوقات انہی شعاعوں کی مدد سے اور اسی کی روشنی میں نکالا جاتا ہے۔

(۴) جروحِ ناریہ (گولی یا گولہ کے زخم)[۱]

(توپ، بندوق وغیرہ کے زخم)

جروح بارودیہ سے صرف بندوق اور طپنچہ کے زخم مراد نہیں ہیں بلکہ اس عنوان میں تمام وہ زخم شامل ہیں جو پھٹنے والے توپ کے گولوں اور بم وغیرہ سے پیدا ہوتے ہیں، یعنی ہیں ان تمام اجسام غریبہ کے زخم شامل ہیں جو جل اُٹھنے والے مسالہ، یا بھک سے اُڑ جانے والے مواد کے ذریعہ پھینکے جاتے، یا پھٹ جاتے ہیں۔

جروح بارودیہ کی خصوصیات: ۔ ان زخموں کی خصوصیات مندرجۂ ذیل امور کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں:۔

(۱) کس قسم کی چیز پھینکی گئی ہے (مقذوف یعنی جس نے جراحت پہونچایا ہے۔

(۲) کس تیزی کے ساتھ وہ چیز چلی ہے۔

(۳) کس قسم کے ہتھیار سے وہ پھینکی گئی ہے۔

(۴) کس مسافت سے وہ پھینکی گئی ہے۔

(۵) جسم کا کون سا حصہ مجروح ہوا ہے۔

---

[۱] گن شاٹ اونڈز (جروح بارودیہ)

(۶) کس رُخ سے وہ چیز چلائی گئی ہے۔

(۱) چنانچہ آجکل کی ترقی یافتہ بندوقوں سے جو زخم (جروح) پیدا ہوتے ہیں، وہ پُرانی وضع کی بندوقوں کے زخم سے مختلف ہوتے ہیں۔ آجکل کی بندوقوں میں گولی کی رفتار بہت تیز ہوتی ہے، اور ان سے صدمہ نہایت قوی پہنچتا ہے۔ اسلئے کہ بندوقوں کی نال (قصبہ[1]) اندر سے بالکل ہموار نہیں ہوتی بلکہ ان کی اندرونی سطح میں حلزونی[2] (ولبی، پیچدار) شکل پرنالیاں بنی ہوتی ہیں، جسکی وجہ سے گولی (رصاص) اپنے محور[3] طویل پر گھومتی ہوئی جاتی ہے۔ علاوہ ازیں آجکل کی گولیاں بھی بہت کچھ بدل گئی ہیں، اور بارود بھی پہلے زمانہ سے زیادہ تیز ہوتا ہے۔

آجکل کی فوجی بندوقوں کی گولیاں عموماً مخروطی، پتلی، لمبی سی ہوتی ہیں، جو غیر خالص سیسے کی ہوتی ہیں، اور جنکو سخت کرنے کے لئے ۲ فیصدی اثمد[4] (کحلیہ) ملا دیا جاتا ہے۔ ان کے اوپر ایک غلاف یا خول ہوتا ہے جو تانبا اور نکل (۸۰ فیصدی تانبا اور ۲۰ فیصدی نکل) کے مرکب (مخلوط) سے بنا ہوا ہوتا ہے۔ ان گولیوں کی رفتار بہت تیز ہوتی ہے، مثلاً بعض بندوقوں میں انکی رفتار فی ثانیہ[5] دو ہزار قدم[6]، اور بعض بندوقوں میں دو ہزار تیس قدم ہے۔

ان گولیوں سے جو زخم پیدا ہوتے ہیں، وہ گولی کی مسافت اور مجروح عضو کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ پانچ سو گز کے

---

[1] بیرل
[2] اسپائرل
[3] لانجی ٹیوڈنل ایکسس
[4] انٹی منی
[5] سکنڈ
[6] فٹ

اندر تو عموماً یہ نرم ساختوں کو پھاڑ دیتی ہیں، اور یہ زخم اُن زخموں سے مشابہ ہوتے ہیں، جو پھٹنے والے گولوں (قنابل[1]) کے ٹکڑوں سے بنتے ہیں۔ لیکن جب مسافت زیادہ ہوتی ہے، تو مدخل (گولی کے نفوذ کی جگہ) اور مخرج (گولی کے خروج کی جگہ) کی جراحتیں عموماً صاف ہوتی ہیں، اور بمشکل انکا پتہ چلتا ہے، اور اگر گولی ہڈی یا دوسری اہم ساختوں میں نہ لگے تو گولی زیادہ آفت پیدا نہیں ہوتی۔ چونکہ ان گولیوں کی رفتار بہت تیز ہوتی ہے اسلیئے ان کے زخم زیادہ تر آرپار ہوتے ہیں، لیکن بعض حالات میں یہ صورت بدل بھی جاتی ہے۔

(الف) نال کی بلدار (حلزونی۔ لولبی) نالیوں کا دوسرا نتیجہ یہ ہے کہ گولی میں ایک دوسری گردش بھی پیدا ہو جاتی ہے یعنی گولی کے زاویہ کے مقابلہ میں قاعدہ کی گردش بڑے دائرہ میں ہوتی ہے، خصوصاً جبکہ مرکز ثقل[2] قاعدہ کے پاس ہو۔ پانچ سو گز جانیکے بعد یہ حرکت تقریباً غائب ہو جاتی ہے، اور پھر اسکی رفتار سیدھی ہو جاتی ہے۔ جب گولی چھوٹی مسافت سے چلائی جاتی ہے، تو گولی کی اس بے ڈھنگی حرکت سے اکثر اوقات بُرے قسم کا انشقاق وتمزق ہو جاتا ہے، کیونکہ گولی داخل ہونے کے بعد ممکن ہے کہ اسی طرح گھومتی ہوئی دور تک چلی جائے۔

(ب) گولی کی ایک مخصوص قسم کا نام ڈمڈم[3] ہے جسکے سرے پر تانبہ کا خول یا غلاف نہیں ہوتا (جیسا کہ مذکورہ بالا قسم میں بتایا گیا ہے)، ورنہ سیسے کے ساتھ اثمدیہ[4] (کحلیہ) ملایا جاتا ہے۔ ان گولیوں سے نرم ساختیں

[1] شیل

[2] سنٹر آف گریویٹی

[3] ڈمڈم (دم دم) ہندوستان کی ایک مقام کا نام ہے، جہاں اس قسم کی گولی پہلی مرتبہ تیار ہوئی

[4] انٹی منی

بُری طرح تباہ ہوتی ہیں۔ ہڈیاں ریزہ ریزہ ہو جاتی ہیں، اور ٹھوس احشاء پھٹ جاتے ہیں۔ یہ گولیاں "پھیل جانے والی" ہیں "پھٹنے والی" نہیں ہیں موخرالذکر خصوصیت صرف اُسوقت پیدا ہوسکتی ہے، جبکہ اسکے اندر کوئی مادہ بھر دیا جائے، جو دباؤ پاکر پھٹ جائے۔

بعض گولیوں کے زخم ایسے سخت نہیں ہوتے، جیسے کہ اوپر ذکر کئے گئے؛ بلکہ ان سے اوسط درجہ کے جروح پیدا ہوتے ہیں۔ گولی کے داخل ہونے کا دہانہ (سوراخ مدخل) عموماً چھوٹا ہوتا ہے، اور باہر آنے کا دہانہ بڑا جسکے کنارے اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس قسم کی گولیوں کے ساتھ بدن کے کپڑے بھی اکثر اوقات اندر داخل ہو جایا کرتے ہیں، جو تلوث وعفونت کے خطرات میں اضافہ کر دیتے ہیں۔

(۲) پھٹنے والے گولے، گولیاں، اور قُنبُرہ (بم)[1]

(الف) پھٹنے والے گولے کی ایک قسم[2] وہ ہے جسکے اندر سیسہ کی بہت سی گولیاں بھری رہتی ہیں۔ یہ گولے جب پھٹتے ہیں، تو ہر طرف یہ گولیاں دوڑتی ہیں، جن کا حجم بچوں کے کھیل کی گولیوں کے برابر ہوتا ہے۔ یہ گولیاں گول اور ہموار ہوتی ہیں (تا وقتیکہ زمین یا کسی دوسری چیز سے نہ لگیں)۔ ان کے زخم دوسری گولیوں کی نسبت کم شدید ہوتے ہیں۔ ان کے ساتھ کپڑے وغیرہ جسم کے اندر کمتر ہی داخل ہوتے ہیں، اس لئے

[1] بم کو قُنبرہ، نارنجک اور قُنبلہ بھی کہا جاتا ہے۔ اس لحاظ سے قنبلہ ایک مشترک لفظ ہوا۔ کیونکہ شیل کے گولے کو بھی قنبلہ کہا جاتا ہے۔ اسی طرح قنبلہ اور قنبرہ دونوں معنوں کے لئے لفظاً مترادف ہیں۔

[2] قنبلہ سربیلہ (شریپنل شل)

نونی جراحات کی سخت قسمیں ان سے کم پیدا ہوتی ہیں۔ ان گولوں کے
ل کے ٹکڑے وہی عمل کرتے ہیں، جو دوسرے پھٹنے والے بم اور گولے
م کرتے ہیں۔

(ب) ان پھٹنے والے گولوں میں سے دوسری قسم وہ ہے جو ناہموار دھات
ے ٹکڑوں سے پر ہوتے ہیں۔ جب یہ گولے پھٹتے ہیں، تو ہر طرف یہ ٹکڑے
ت زور کے ساتھ پھیل جاتے ہیں۔ یہ بدن کے اندر داخل ہو کر ساختوں کو
اڑ دیتے ہیں۔ جلد اور بیرونی سطح کے مقابلہ میں عموماً عضلات اور اندرونی
اختوں میں آفت زیادہ ہوتی ہے۔ اور عضلی ریشوں کے کٹ پھٹ جانے
ے بڑے بڑے شگاف اور خلائیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ کچھ ہی دیر تک جلدی
احت عموماً چھوٹی ہو جاتی ہے، اور اتنی چھوٹی ہو جاتی ہے کہ یہ بات
س میں نہیں آتی کہ اتنے تنگ سوراخ سے اتنی بڑی چیز اندر کیونکر
خل ہو گئی۔ اسی طرح عضلات کے گہرے لفائف[1] کے سوراخ بھی حیرت
یز طور پر چھوٹے ہوتے ہیں، جو عملیت کے بعد مشکل نظر آتے ہیں۔ عضلی
یشوں کے ٹوٹ جانے سے جو خلائیں پیدا ہو جاتی ہیں، وہ ابتداءً جمے ہوئے
ن سے پر ہوتی ہیں، اسکے بعد ان کے اندر پیپ پڑ جاتی ہے، جو دھات
ے ٹکڑوں پر محیط ہوتی ہے۔ یہ خصوصیات اس وقت زیادہ نمایاں ہوتی
ں، جبکہ منفذ جراحت سطح بدن کے مقابلہ میں زاویہ قائمہ پر ہو۔ لیکن
ب اسکی وضع ترچھی سی ہو، تو سطحی ساختیں شدید طور پر مجروح ہوتی ہیں
ن گردوں کی جراحات میں تلوث (عفونت) تقریباً نادر الوقوع ہے۔

---

[1] ڈیپ فیشیا

پانچ چھ۔ دگز کے فاصلہ تک۔ ان کے پھٹنے سے پہلے، یا بیکہ گولے ٹھوس ہوں، جیسا کہ قلعہ شکن نامی گولے ہوتے ہیں، ان کے سامنے جو چیز آجاتی ہے، وہ بالکل چور ہوجاتی ہے۔ جب ہاتھ یا پاؤں سامنے آجاتا ہے، تو وہ بالکل اُڑ جاتا ہے۔ یا اُنکا گوشت پوست پاش پاش ہوجاتا ہے۔ ایسی صورتوں میں صدمہ خطرناک ہوتا ہے، یہاں تک کہ مریض سکتۂ ضربیہ کی حالت میں مرجاتا ہے جریان خون عموماً کم ہوتا ہے، جراحت لاحق ہونے کے بعد تھوڑا سا خون خارج ہوتا ہے، اور شرائین فوراً اسکڑ کر نسیج خلوی کے اندر گھس جاتی ہے، اور خون کا جریان بند ہوجاتا ہے۔ لیکن گاہے بڑی شریانیں پھٹ جاتی ہیں، اور اسقدر خون خارج ہوتا ہے، کہ مریض فوراً مرجاتا ہے۔

جب گولے کی رفتار سست ہوجاتی ہے۔ تو ضرب پہلی صورت سے زیادہ لگتی ہے، اگر چہ عضو نہیں اُڑتا لیکن زخم بہت پھیلا ہوا ہوتا ہے۔

جب گولہ قدرے ٹھنڈا ہوکر لگتا ہے، تو عموماً جلد اگرچہ نہیں پھٹتی ہے لیکن چوٹ بہت سخت لگتی ہے۔ چنانچہ ہڈیاں ٹوٹ جاتی ہیں، اور عضو ماؤف میں پیپ پڑجاتی ہے۔ اور اسکے بعد یہ گل جاتا ہے۔

(۳) طپنچہ[۱] کے زخم (جروح مسدسات جروح ششخانہ)

اسکے زخم بہت مختلف ہوتے ہیں، جنکو توپ کی گولیوں کے زخم سے

[۱] ریوالور اونڈز

مشابہ کہا جا سکتا ہے۔ یہ دیگر جروح ناریہ کی نسبت اہلی زندگی[1] میں کثیر الوقوع ہوتے ہیں۔ طبنچہ کے زخم دو قسم کے ہیں، ایک تو وہ جو اپنے آپ کو قتل کرنے سے پیدا ہوتے ہیں (جروح انتحاریہ[2])، اور دوسرے وہ جو اتفاقاً وقوع پذیر ہوتے ہیں (جروح[3] عارضیہ یا اتفاقیہ)۔

جروح انتحاریہ عموماً کنپٹی پر، کھوپڑی کے تلہ پر منہ کی راہ (یعنے جبکہ طبنچہ منہ میں چھوڑا جائے) اور قلب پر ہوا کرتے ہیں۔ جب یہ زخم کنپٹی ہوتے ہیں، تو عموماً یہ دائیں طرف ہوتے ہیں، اسلئے کہ اکثر آدمی زیادہ تر دایاں ہاتھ ہی استعمال کرتے ہیں، نیز یہ زخم عموماً چھوٹا سا ہوتا ہے، جسکے گرد جلے ہوئے بالوں اور جلی ہوئی جلد کا ایک رقبہ ہوتا ہے اور اکثر اوقات یہ رقبہ بارود کے رنگ سے رنگین ہوتا ہے۔ ہڈی کو چھید کر گولی دماغ کو پھاڑ دیتی ہے، لیکن عموماً دوسری طرف نہیں نکلتی، اور نہ دوسری طرف ہڈی توڑتی ہے، بلکہ دماغ کے اندر گھسکر رہ جاتی ہے، جو گاہے بگاہے دماغ کے اندر ملتی ہے، اور گاہے ام جافیہ (ام غلیظ) کے نیچے۔ موت عموماً فوراً واقع نہیں ہوا کرتی، اسلئے کہ کوئی بڑی رگ اکثر اوقات اس سے نہیں پھٹتی ہے۔ جب طبنچہ اوپر کی طرف منہ کی راہ چھوڑا جاتا ہے تو کھوپڑی کا تلہ چھد جاتا ہے، اور عموماً موت فوری واقع ہوتی ہے؛ اور اکثر حالات میں بغیر چھیدے گولی اپنے ساتھ قلہ اور اس پہنے حیند یا کی ہڈی کا ایک ٹکڑا لے جاتی ہے۔

طبنچہ کے اتفاقی جروح مختلف اشکال کے ہو سکتے ہیں، لیکن

[1] سول لائف (بمقابلہ جنگی زندگی)	[3] ایکسی ڈنٹل اونڈز
[2] سوئی سائڈل اونڈز	

منفذ دخول وخروج عموماً ایک دوسرے سے ممتاز رہتے، اور پہچانے جا سکتے ہیں۔

(۴) چھرّوں کے زخم (جروح خردقات[1])

بعض اوقات چھرّوں سے بھی خطرناک زخم پیدا ہو جاتے ہیں جبکہ یہ نہایت قریب سے چلائے جاتے ہیں، چنانچہ ایسی حالت میں ان سے جروح مزقیہ عارض ہوتے ہیں، اور گاہے اہم اعضاء مجروح ہو جاتے، اور موت تک لاحق ہوتی ہے۔ پچاس گز یا اس سے زیادہ فاصلہ سے جو زخم پیدا ہوتے ہیں، وہ زیادہ خطرناک نہیں ہوتے؛ ہاں اگر آنکھ جیسا کوئی عضو مجروح ہو، یا سخت تلوث (عفونت) عارض ہو تو شدید نتائج برآمد ہو سکتے ہیں۔

(۵) سادہ کارتوس (فشنگ شاذجہ[2]) سے بھی اسی طرح شدید جراحات؛ حتیٰ کہ موت تک بھی عارض ہو سکتی ہے، بشرطیکہ بہت تھوڑے فاصلہ سے بندوق چلائی جائے۔ ایسی حالت میں ماؤف جلد جل جاتی، یا سیاہ ہو جاتی ہے۔ اور اس مقام پر سیاہ آسمانی داغ ہمیشہ کے لئے قائم ہو جاتا ہے (اس مقام کی ساخت بارود کے رنگ سے رنگین ہو جاتی ہے)

رفتار و نتائج جروح: بندوق، طپنچہ، اور پھٹے ہوئے گولوں کی گولیوں کے بعض زخم غیر ملوث (غیر عفونی) رہ جاتے ہیں۔ لیکن میدان جنگ کے ہر ایک زخم کو بھی خیال کرنا چاہئے کہ وہ غالباً ملوث (عفونی) ہو چکا ہے، اسی عفونت اور تلوث کی نوعیت اور درجہ پر زخم کی رفتار کا زیادہ تر مدار ہوتا ہے۔ میدان جنگ کی ہوا جب خشک ہوتی ہے، اور زمین پر

[1] خردقات (اسمال غنائب) رش
[2] بلینک کارٹرج

گندگی کم ہوتی ہے، تو مجروحین میں کزازؔ اور غانغرانؔا ہوائیہ اور دیگر عفونی عوارض کمتر عارض ہوا کرتے ہیں، برعکس اسکے جب ہوا مرطوب ہوتی ہے، موسم برساتی ہوتا ہے، زمین پر کھاد وغیرہ میں مختلف انواع کے جراثیم زیادہ ہوتے ہیں، زمین نمناک ہوتی ہے، اور مجروحین کے زخم گندہ کیچڑ وغیرہ سے ملوث ہوجاتے ہیں، اور سپاہیوں کے لباس زیادہ گندہ ہوتے ہیں تو مذکورہ بالا عوارض زیادہ وقوع پذیر ہوتے ہیں۔ اسی طرح جب مجروحین تک ابتدائی امداد دیر میں پہونچتی ہے، اور اُن کے زخموں کے اندر تلوث دیر تک قائم رہتا ہے، تو نتائج زیادہ خراب ہوتے ہیں۔ چھ سے بارہ گھنٹہ کے اندر اگر مجروحین کا باقاعدہ علاج شروع کردیا جائے، اور حالات زیادہ خراب نہ ہوں، تو نتائج عموماً اچھے برآمد ہوتے ہیں، اور عفونی عوارض کمتر نمودار ہونے پاتے ہیں اسلئے کہ اس عرصہ میں عموماً جراثیم زخم کی اندرونی سطح کے پاس ہی ہوتے ہیں، اور التہاب کا زمانہ بھی اسکے بعد ہی شروع ہوتا ہے۔

غیر عفونی یعنے جراثیم سے غیر آلودہ زخم تیزی کے ساتھ مندمل ہوا کرتے ہیں، اور ان کے نتائج مابعد محض اس امر پر منحصر ہوتے ہیں کہ گولی کیسے اہم یا غیر اہم اعضاء کے اندر گھسی ہے۔ اسی طرح جب زخم ملوث ہوجاتے ہیں تو اکثر اوقات ورم فلغمونیؔ شدید یا نرم قسم کا پیدا ہوجاتا ہے۔ خطرات کا دارومدار اس امر پر ہوتا ہے کہ ساختیں کس درجہ بگڑی ہیں، زخم کی شکل کیسی بے قاعدہ ہے، زخم کی گہرائی کیا ہے، اور کتنے طبقات تک جسم غریب نے نفوذ کیا ہے، التہاب کتنا پھیلا ہے، اور کون سے اہم اعضاء اس میں شریک ہوگئے ہیں۔ چنانچہ بعض مرتبہ یہ حالات ایسے جمع ہوجاتے

ؔا ٹے ٹے نس　　ؔ۲ گیس گینگرین　　ؔ۳ سیلولائی ٹس

ہیں کہ صورت خطرناک ہو جاتی ہے، اور ایسے شدید عوارض نمودار ہوتے ہیں کہ مریض ہلاک ہو جاتا ہے۔

سب سے پہلے جس چیز کے وقوع پانے کا احتمال ہو سکتا ہے، وہ نزیف (جریان خون) اور صدمہ (تھور) ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد دیگر عوارض تنہا صورت میں، یا بصورت اجتماعی، نمودار ہوتے ہیں، جن میں سے دو زیادہ قابل ذکر ہیں، کزاز[۱] اور غانغرانا ہوائیہ[۲]۔

بحث جراثیم:- جروح ناریہ میں ہوائی اور غیر ہوائی دونوں قسم کے جراثیم مختلف اشکال میں پائے جاتے ہیں، جنکی افزائش پر بہت سے عوارض کا ظہور منحصر ہے۔ جب بدنی قوت مناعت (قوت مدافعت) آمادہ نہیں ہوتی ہے، اور سفید دانوں کی فوج تیار نہیں ہوتی ہے، تو تلوث جراثیمی شدت کے ہر ایک درجہ میں نمودار ہو سکتا ہے۔ پہلے چوبیس گھنٹے کے اندر جراثیم عموماً جسم غریب مثلاً گولی کے راستہ (منفذ) کی سطح پر اور منجمد خون کی سطح پر ہوتے ہیں، جو عموماً ہوائی اور غیر ہوائی، دونوں ملے ہوئے، ہوتے ہیں۔ اسکے بعد تلوث (عفونت) گہری ساختوں میں نفوذ کر جاتی ہے، اور سب غیر ہوائی جراثیم تیزی سے کم ہو جاتے، اور ہوائی جراثیم تیزی سے بڑھ جاتے ہیں۔ چنانچہ عرصہ تک قائم رہنے والے تقرح میں عموماً غیر ہوائی جراثیم نہیں ملا کرتے ہیں۔

اصول علاج:- جروح ناریہ (جروح بارودیہ) کا علاج عام اصول جراحیہ کے مطابق ہی کیا جاتا ہے، لیکن بڑے عملیات کرنے سے پہلے بعض اوقات جنگی زخموں میں وقوعہ کے بعد فوری تدبیر کرنے کی ضرورت پیش

---

[۱] شاک [۲] ٹے ٹے نس [۳] گیس گینگرین

آتی ہے، اور زخم کا امتحان، اور بڑے عملیات اُس وقت کئے جاتے ہیں جبکہ مریض میدان جنگ سے جنگی شفاخانہ (مستشفیٰ عسکری) میں منتقل کیا جاتا ہے۔ میدان جنگ میں سب سے زیادہ اہم تدبیر و کوشش یہ ہونی چاہئے کہ زخم کو تلوث (عفونت) سے بچایا جائے، اور خطرناک جریان خون (نزف دموی) کو فوراً بند کیا جائے۔

تَلَوُّث سے زخم کو بچانے کی تدبیر یہ ہے کہ پاک صاف پٹی (رغیار مُطَہَّر) باندھ دی جائے، جو ہر سپاہی کے پاس لازمی طور پر رہنی چاہئے۔ اور **جریان خون** کو بند کرنے کے لئے دباؤ (رباط ضاغط) سے کام لیا جائے۔

جنگی حالت میں اس مقصد کے لئے مختلف صورتیں اختیار کیجا سکتی ہیں، مثلاً:۔

۱۔ کٹی ہوئی ورید یا شریان کو انگلی سے دبایا جائے؛
۲۔ مِضْغَطْ[1] لگایا جائے،
۳۔ عصابۂ لدنہ (لچکدار پٹی) باندھ دیا جائے،
۴۔ اگر ایسے سامان موجود نہ ہوں، تو حتی الامکان صاف کپڑے میں ٹھیکری باندھکر زخم کے اوپر کس دیا جائے، اور گرہ کے اندر بندوق کی نال، یا تلوار کی میان داخل کر کے بل دیا جائے، تاکہ زخمی مقام اچھی طرح دب جائے۔

اگر ہڈی ٹوٹ گئی ہے، تو بندوق تلوار کی میان وغیرہ سے (جو وقت پر مہیا ہو سکے) عارضی جبیرہ تیار کر کے عضو کو باندھ دیا جائے، اسکے بعد مریض

---

[1] ٹارنی کیٹ

کو شفاخانہ کی طرف بہ آرام و راحت روانہ کیا جائے۔

فوجی شفاخانہ کا علاج جب مریض فوجی شفاخانہ میں پہونچ جائے، اُس وقت زخم کا اچھی طرح امتحان کیا جائے، اسے پاک کیا جائے، اجسام غریبہ، مثلاً گولی وغیرہ، کو نکالا جائے، اور کٹی پھٹی رگوں کو باندھا جائے۔ اگر گولی اتنی گہرائی میں چلی گئی ہو کہ آسانی سے نہ مل سکتی ہو، تو اسکا مقام شعاعوں کے ذریعہ یا بعض خاص آلات کے ذریعہ معلوم کیا جا سکتا ہے، مثلاً مسبر خزفی[1]، جس کے سرے پر چینی لگی ہوتی ہے۔ جب ایسی سلائی داخل کی جاتی ہے، تو سیسے کا سیاہ نشان چینی پر لگ جاتا ہے۔ اسی طرح بعض سلائیاں برقی ہوتی ہیں۔ جب وہ گولی سے لگتی ہیں تو ایک آواز پیدا ہوتی ہے۔ اسکو مسبر برقی[2]۔ یا مسبر صوتی[3] کہا جاتا ہے۔ اگر کسر مفتت واقع ہوا ہو تو اسے پورے طور پر غور سے دیکھا جائے، اور ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کی کرچیں، جو علٰحدہ ہو چکی ہوں، باہر نکال لی جائیں، اور احتیاط کے ساتھ جبائر استعمال کئے جائیں۔ ان ابتدائی ایام میں عموماً بتر اولی کی ضرورت نہیں ہوا کرتی ہے، تا وقتیکہ ہڈی بُرے طور پر ریزہ ریزہ نہ ہو گئی ہو، یا اعصاب و عروق میں شدید آفات نہ ہوں۔

کھوپڑی کے زخم سخت توجہ کے محتاج ہوتے ہیں، یہاں تک کہ جب گولی داخل ہو کر اتلاف عظیم کے بغیر یعنی ساختوں کو زیادہ برباد کئے بغیر خارج ہو جاتی ہو تو منفذ دخول و خروج پر مثقب منشاری استعمال کیا جاتا ہے، تاکہ ٹوٹی ہوئی کرچوں کو نکالا جائے۔ یہ عمل اُس وقت بھی کیا جاتا ہے، جبکہ گولی کی وجہ سے کھوپڑی کی

---

[1] نیلے ٹنس پروب
[2] الکٹرک پروب
[3] ٹیلیفون پروب
[4] ٹرے فائن

ہڈیوں میں میزاب (کھلی نالی) بن جاتی، اور گولی اندر داخل نہیں ہوتی؛ کیونکہ اس عمل کے نتائج اچھے برآمد ہوتے ہیں۔

شکم کے جروح جو چھوٹی گولیوں سے پیدا ہوتے ہیں، اُن کے علاج میں عموماً تھوڑا سا انتظار کیا جاتا ہے، اور شکم کی دستکاری کرنے میں عجلت نہیں کی جاتی ہے. کیونکہ بہت سے مریض باوجود خطرناک حالت میں مبتلا ہونیکے عملیت جراحیہ کے بغیر اچھے ہوتے ہوئے دیکھے گئے ہیں۔ چنانچہ بعض حالتوں میں گولی ایک طرف سے دوسری طرف، یا سامنے سے پیچھے کی طرف آر پار نکل گئی ہے، پھر بھی مریض بلا عملیت کے اچھے ہوگئے ہیں۔ اس لئے شکم کے زخموں میں حتی الامکان دستکاری سے گریز کیا جاتا ہے، اور بلا شدید ضرورت کے ایسا نہیں کیا جاتا۔ علاوہ ازیں شکم کے عملیات زیادہ دشوار ہیں، اثنار جنگ میں پاک صاف پانی اور پاک صاف پٹی اور سامان کا ملنا مشکل ہے، نیز اس حالت میں زخمی مریض کی حالت، عموماً بہت گندہ (متلوث) ہوا کرتی ہے، اور اس قسم کے عملیات زیادہ عرصہ چاہتے ہیں؛ ان تمام وجوہ سے شکم کے زخموں میں قوی اسباب کے بغیر دستکاری نہیں کرتے۔ ان قوی اسباب میں سے ایک اہم سبب شکم کا جریان خون کی وجہ سے پھول جانا ہے۔ چنانچہ اس حالت میں، اور جبکہ شکم کا کوئی جوفدار عضو (مثلاً معدہ) مجروح ہوجاتا ہے، تو شکم کا کھولنا ضروری ہوجاتا ہے۔

طپنچوں کے زخم کے علاج میں بھی انہیں مذکورہ اصول وقواعد کا لحاظ کیا جاتا ہے۔ چنانچہ بیرونی زخم کو اچھی طرح پاک کیا جاتا ہے، اور گولی کے نکالنے کی کوشش نہیں کیجاتی؛ ہاں اگر گولی سطحی ہو (بیرونی سطح کے

قریب ہو)، یا اس سے کوئی ضرر پیدا ہو گیا ہو، تو اسکے نکالنے کا اہتمام کرنا چاہیئے۔

اطراف یعنی ہاتھ پاؤں کے زخموں کو بھی عموماً کھولنے اور امتحان کرلنے کی ضرورت پیش نہیں آتی۔ ہاں اگر مخصوص آثار نمایاں ہوجائیں، مثلاً جریان خون شدید ہو، یا عضو مسترخی ہو جائے، تو چونکہ یہ تمام عروق و اعصاب کے مجروح ہونے کی علامات ہیں، اسلیئے زخم کو کھولنا اور ان جراحات کا تدارک کرنا پڑتا ہے۔

جمجمہ یعنی کھوپڑی کے جروح، عموماً اس امر کے متقاضی ہوتے ہیں کہ انکا پورا پورا امتحان کیا جائے، اور گولی کے دخول کے زخم کو دیکھکر یہ معلوم کیا جائے کہ گولی کس حد تک پہونچی ہے۔

متلوث زخموں کا علاج جن حالات میں زخم متلوث ہوجاتے ہیں، اور وہ خیاطت (ٹانکوں) کے لائق نہیں رہتے اور خصوصاً جبکہ ان کے ساتھ کسر مرکب بھی شریک ہے، تو عموماً استناذدکن کے طریقہ سے علاج کیا جاتا ہے، جس میں ربڑ کی متعدد نلکیاں زخم کے اندر رکھی جاتی ہیں۔ ان نلکیوں کے اگلے سرے بند ہوتے، اور انکے پہلو پر چھید ہوتے ہیں، جن میں کوئی مانع عفونت محلول گذارا جاتا ہے، جو زخم کو پاک صاف کردیتا ہے (مفصل بیان کے لئے دیکھو تلوث جراحات۔ جلد اول)

اس طریقہ علاج سے صاف کرنے کے بعد زخم کو بند کیا جاسکتا، اور خیاطت ثانویہ سے سی دیا جاسکتا ہے۔

اسکے علاوہ متلوث زخموں کے علاج کے دوسرے طریقے بھی ہیں،

کارل ڈکن سے تعلق

مثلاً (۱) زخم کو صاف کرنے کے بعد عصیدۂ[1] مارسین کا زخم کی پوری سطح میں تھیڑ دینا؛ (۲) سیال نمکین[2] تری، یا فلیوائن وغیرہ کا استعمال کرنا۔ مناسب حالات میں ان میں سے ہر ایک طریقہ مفید نتیجہ بخشتا ہے۔

عمل بتر جن حالات میں ضروری ہے، انکا ذکر جروح رضیہ میں ہو چکا ہے۔

جروح سمیہ (زہریلے زخم)

جروح سمیہ، اُن زخموں کے سوا، جو مخصوص جراثیم کے تلوث سے پیدا ہوتے ہیں، وہ ہیں جو حشرات الارض یعنی کیڑوں کے ڈنک مارنے یا کاٹنے، سانپ کے ڈسنے، اور تشریح بعد الموت کے عمل میں پیدا ہوتے ہیں۔

بعض لوگوں نے ان سمی زخموں میں تصابُوں کے تولدال زسم کو اور انگلی بڑے (داخس) کو بھی شامل کیا ہے

حشرات الارض مثلاً شہد کی مکھیوں اور بھڑوں (زنابیر) کے ڈسنے سے عضو میں ورم پیدا ہوتا ہے اور درد ہے اس سے شدید درد لاحق ہو جاتا ہے۔ لیکن عموماً یہ خطرناک نہیں ہوتا۔ ہاں اگر اسکے ساتھ دوسری کوئی شدید آفت لاحق ہو جائے، مثلاً حمرہ[3] (سرخباده) پیدا ہو جائے یا یہ لدغ (ڈسنے) کی تعداد بہت زیادہ ہو، مثلاً شہد کی بہت سی مکھیاں

[1] مارسین پیسٹ (بی آئی پی پیسٹ)	[4] بوجہس دارٹ
[2] ہائی پرٹانک سیلائن سولیوشن	[5] اری سپلس
[3] پوسٹ مارٹم	

یا بھڑوں کا پورا چھتہ کسی شخص کو لپٹ گیا ہو، یا یہ کہ وہ عضو جہاں ڈنک لگتا ہے، اس میں سخت اوذیما پیدا ہو سکتا ہو، مثلاً حلق اور زبان جنہیں ڈنک لگنے سے گاہے مزمار و حنجرہ میں شدید ورم پیدا ہو جاتا ہے، تو ان تمام حالات میں یہ مہلک اور خطرناک بھی ہو سکتا ہے۔

بھڑوں اور بچھوؤں کے ڈنک سے جو سمیت خارج ہوتی ہے، وہ ترشی (حامض) ہوتی ہے، اور ڈنک کے مقام میں داخل ہو کر ساخت کے اندر پھیل جاتی، اور اعصاب کو متأثر کر کے درد وغیرہ پیدا کرتی ہے۔ اسلئے ضروری ہے کہ اس سمیت کو جذب ہونے کا موقعہ نہ دیا جائے۔ اور جلد سے جلد کھاری چیزوں سے اسکے اثر کو باطل کر دیا جائے۔ ورنہ انجذاب کے بعد کھاری چیزوں کا استعمال زیادہ موثر ثابت نہ ہوگا۔

علاج:- بلا تاخیر کولی کمز ورقلوی (بورقی) غسول رکھا جائے۔ اور کسی قدر مل دیا جائے۔ تاکہ سوراخ کے اندر دوا داخل ہو جائے۔ اس مقصد کے لئے محلول نوشادر یہ (لائیکر امونیا) اور محلول قلویہ (لائیکر پوٹاش) بہت بہتر ہیں۔ گاہے یہ بھی کافی ہوتا ہے کہ تازہ پیاز کو کاٹ کر لدغ کے مقام پر رکھدیا جائے۔ ڈنک کے مقام سے سوئی یعنے ڈنک کا نکالنا بھی ضروری ہے۔ بشرطیکہ وہ اندر رہگیا ہو۔ اسی طرح یہ بھی مناسب ہے کہ اس مقام کو دبا کر ایک آدھ قطرہ خون یا ائیت خارج کر دیا جائے۔

(ا) ضح ہو کہ بعض قسم کی کھیاں اور مکڑیاں (عناکب) نہایت

لیا گلاشں

زہریلی ہوتی ہیں ۔ اور یہ کہ مختلف امراض مریضوں سے تندرستوں تک مکھیوں کے ذریعہ منتقل ہوتے ہیں ۔ چنانچہ جب مکھی کسی گندہ مردہ پہ بیٹھتی اور اسے کھاتی ہے، پھر وہ کسی شخص کو کاٹتی ہے، تو اس سے ایک قسم کا عفونی ورم پیدا ہو جاتا ہے۔ اس میں بھی کوئی شک نہیں کہ جمرہ[1] خبیثہ گا ہے اسی طریقہ سے پھیلتا ہے۔ رہا مچھروں کا دور، وہ حمیات اجامیہ (موسمی بخار ۔ لرزہ بخار) کے پیدا کرنے میں اہمیت رکھتا ہے۔

لدغ حیات (سانپ کا ڈسنا)، سانپ کا زہر ایک قسم کی رطوبت کی شکل میں ہوتا ہے، جسکے اندر رطوبت بیضیہ (راحیہ) اور ایک قسم کا خمیر پایا جاتا ہے ۔ یہ رطوبت ایک غددی تھیلی میں پیدا ہوتی اور جمع رہتی ہے جو بالائی جبڑے میں پائی جاتی ہے، اور یہاں سے نالیدار دانت کے ذریعہ خارج ہوتی ہے ۔ یہ زہر محض اُسوقت اثر کرتا ہے، جبکہ یہ خون میں جذب ہو جاتا ہے۔ جب تک جلد یا غشاء مخاطی سلیم ہوتی ہے، اُس وقت تک اسکی سمی تاثیر پیدا نہیں ہوتی ۔ اعصاب پر اسکا اثر سموم مخدرہ[2] کے مانند ہوتا ہے۔

اس ملک میں بہت سے اقسام کے سانپ پائے جاتے ہیں۔ جن میں سے چند زہریلے اور باقی غیر سمی ہوتے ہیں ۔ بے زہر سانپوں کی کاٹنے سے محض زخم پیدا ہو جاتا ہے، اور سمی علامات نمودار نہیں ہوتیں اس لئے ایسے زخموں کے احکام عام جروح کے احکام کے مطابق ہونگی مشہور زہریلے سانپوں میں سے کالا (ناگ)، کوڑیالہ ۔ پھنیرا اور کریت وغیرہ ہیں۔

[2] نارکاٹک پوائزن	[1] انتھریکس

سمی اور غیر سمی سانپوں کی پہچان انکی زندگی میں اکثر مشکل ہوتی ہے۔ مگر بعض لوگوں نے بتایا ہے کہ زہریلے سانپ دبھنیر کے سوا، دو گز سے زیادہ لمبے نہیں ہوا کرتے۔ شمالی ہند میں جو زہریلے سانپ پائے جاتے ہیں، اُن میں نتھنوں سے لیکر آنکھ کے کنارے تک ایک چھلکے دار پردہ سا لگا ہوا ہوتا ہے، برعکس اسکے غیر سمی سانپوں میں یہ چھلکا نہیں ہوتا؛ اور اگر ہوتا بھی ہے، تو وہ آنکھ یا نتھنوں تک نہیں پہونچتا۔ جب سانپ کو مار کر دیکھا جاتا ہے، تو زھریلے سانپوں کے بالائی جبڑے میں دونوں طرف دانتوں کی صرف ایک قطار پائی جاتی ہے، اور جبڑے کے بیرونی کنارے پر دوسری قطار کے عوض میں ایک یا دو یا تین چار سوراخدار باریک دانت پائے جاتے ہیں، جنکو اَنْیَابُ السَّمّ (دندان نیش[1]) کہا جاتا ہے۔ ایسے زہریلے دانت عموماً ہر طرف ایک ایک ہی ہوا کرتے ہیں، مگر شاذ و نادر دو تین، اور چار بھی ہوتے ہیں۔ لیکن چار سے زیادہ دیکھے نہیں گئے۔ یہ دانت بعض سانپوں میں تو جبڑے سے (دوسرے دانتوں کی طرح) لگے ہوتے ہیں، مگر بعض سانپوں میں ایک متحرک جوڑ میں مقید ہوتے ہیں۔ ان دانتوں کے سامنے کوئی اور دانت نہیں پایا جاتا۔ ان کی جڑ میں ایک نالی ہوتی ہے، جو ایک گلٹی یا تھیلی میں تمام ہوتی ہے۔ جسکے اندر زہریلی رطوبت بھری رہتی ہے۔ اگر اس رطوبت کو اس تھیلی سے نکالکر کچھ مدت تک رکھ چھوڑیں، تو اسکے خواص اور سمی آثار میں کوئی فرق نہیں آتا۔

غیر سمی سانپوں کے بالائی جبڑے میں دانت کی دو قطاریں

[1] فینگس

پائی جاتی ہیں، دوسری قطار جبڑے کے بیرونی کنارے میں ہر دو جانب زہریلے دانتوں کی بجائے ہوتی ہے۔ یہ دونوں قطاریں سامنے کی طرف بڑھکر باریک دانتوں کے ذریعہ مل جاتی ہیں۔ ہر ایک قطار میں دس سے بیس تک ٹھوس (بے نالی) دانت ہوتے ہیں۔

پانی کے سانپ، اور علی الخصوص میٹھے پانی کے سانپ اکثر زہریلے نہیں ہوتے ! اسکے برعکس اکثر پہاڑی سانپ، اور خشک مقامات کے سانپ زہریلے ہوا کرتے ہیں۔

بعض سانپ کے دانت اسقدر باریک ہوتے ہیں کہ بعض اوقات ان دانتوں کے زخم بشکل نمودار ہوتے، یعنی ناپید سے معلوم ہوتے ہیں۔ اگر سانپ کے زخم کا امتحان کیا جائے، تو زہریلے سانپ کے دانتوں کا نشان صرف دو یا تین مقام پر ہوگا۔ اور بے زہر سانپوں کا نشان دانتوں کی قطار کی طرح بکثرت +

عوارض وعلامات:۔ ٹھنڈے ممالک میں سانپوں کی تعداد کم پائی جاتی ہے، اور یہاں یہ کم زہریلے ہوتے ہیں۔ حتیٰ کہ افعی کا ڈسا ہوا بھی ان ممالک میں کم ہی ہلاک ہوتا ہے۔ ہاں اگر افعیٔ بچے یا کمزور کو ڈس لے، تو ممکن ہے کہ یہ ہلاک ہوجائیں۔ ان ممالک میں سانپ کے ڈسے جانے کے بعد سمی عوارض بھی دیر میں (ایک دو گھنٹے کے بعد) نمودار ہوتے ہیں۔ برعکس اسکے ہمارے ملک میں زہریلے سانپوں کی بہت کثرت ہے، اور ہندوستان میں تقریبًا بارہ ہزار سالانہ موتیں محض سانپ کی وجہ سے واقع ہوتی ہیں۔ علی ہذا اس ملک میں سانپ کے ڈسے جانیکے بعد عوارض بھی فورًا (بلا مزید تاخیر) شروع ہوجاتے، اور بہت شدید

ہوتے ہیں، اور اکثر حالات میں یہ مہلک ہی ثابت ہوتے ہیں۔ اگرچہ ان عوارض میں سانپ کی نوعیت کو بہت کچھ دخل ہے۔

سانپ کے کاٹنے کے بعد (اگر وہ بہت زیادہ زہریلا نہ ہو) مریض کو دردِ سر کی شکایت اور ڈسے ہوئے مقام پر سوزش ہوتی ہے۔ تھوڑی دیر کے بعد برچھی کا سا چبھتا ہوا درد محسوس ہوتا ہے۔ آخرکار وہ مقام بے حس، نیلا، اور متورم ہو جاتا ہے۔ گاہے زخم سے خون کے چند قطرے بھی خارج ہو جاتے ہیں، اور دانتوں کے نشان کے مقام پر جما ہوا خون پایا جاتا ہے۔ کبُت یعنی خون کی نیلی رنگت بعض اوقات دور تک پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔

بحری سانپوں کے دانت چونکہ بہت باریک ہوتے ہیں، اسلئے انکے نشانات کم نمایاں ہوتے ہیں۔

جب زہر خون کے اندر سرایت کر جاتا ہے، اور وہ کمزور ہوتا، یا کم مقدار میں خون کے اندر جذب ہوتا ہے، تو عام بدنی عوارض ظاہر ہوتے ہیں، مثلاً مریض بےچینی (قلق و اضطراب) اور ناامیدی میں مبتلا ہو جاتا ہے قوتیں نڈھال ہو جاتی ہیں، بینائی کمزور ہو جاتی ہے۔ آنکھ کی پتلیاں پھیل جاتی ہیں، نبض تیز ہو جاتی ہے اور گاہے قے بھی ہوتی ہے۔

اگر زہر شدید ہوتا ہے، تو ہذیان اور بیہوشی (قوما) بہت جلد طاری ہو جاتی ہے۔ جسم ٹھنڈا ہو جاتا، اور پسینہ سے تر ہو جاتا ہے۔ نبض ضعیف ہو جاتی، اور رُک رُک کر چلتی ہے (نبض متفاوت)، سانس میں تنگی اور دِقت پیدا ہوتی۔ بولنے اور نگلنے کی قوت جاتی رہتی ہے۔ آخرکار سخت بیہوشی طاری ہو جاتی ہے، اور مریض خراٹے سے سانس لینے لگتا ہے، اور

اسی حالت میں موت آجاتی ہے. بعض اوقات مریض تشنج میں مبتلا ہوکر مرجاتا ہے. گاہے بول وبراز اور قے کے ساتھ خون خارج ہوتا ہے. اگر مریض کچھ مدت تک جیتا رہے، تو بعض اوقات ماؤف عضو میں فلغمونی منتشر[1] اور غانغرانا شروع ہوجاتا ہے، اور بے ارادہ اسہال جاری ہوجاتے ہیں.

بعض لوگوں نے یہ بھی بتایا ہے کہ سانپ کے کاٹنے کے بعد گرما کے خون سے انجماد کی قابلیت جاتی رہتی ہے.

معائنہ بعد الموت زخم کے کنارے نیلگوں ہوتے ہیں. خانہ دار ساخت خون سے پُر ہوتی ہے. یہ خون ان ساختوں میں گاہے منجمد ہوتا، اور گاہے بالکل رقیق ہوتا ہے. سینہ اور شکم کے اعضاء میں نزفِ دموی کی وجہ سے نیلاہٹ ہوتی ہے. پھیپھڑے خون سے ممتلی ہوتے ہیں. بطونِ دماغ میں آبِ خون پایا جاتا ہے.

علاج (مقامی):- مقامی علاج کا مقصد یہ ہے کہ زہر کو خون میں جذب ہونے کا حتی الامکان موقعہ نہ دیا جائے؛ اور یہ اسی وقت مفید ہو سکتا ہے، جبکہ معالج کو سانپ کے کاٹنے کے بعد بلا تاخیر علاج کرنے کا موقعہ مل جائے. ورنہ انجذاب کے بعد یہ عمل بے سود ہے.

جس وقت کسی شخص کو سانپ کاٹے، تو فوراً (بلا تاخیر) ایک مضبوط سوتی یا ریشمی ڈوری سے کٹے ہوئے مقام کے دو ایک قیراط اوپر عضو کو اتنا کس کر باندھ دیں کہ دوران خون بند ہوجائے. اگر ممکن ہو تو ایک لکڑی اس بند کے اندر پھنسا کر بل دیدیں کہ گرہ زیادہ کس جائے. پھر

[1] ڈی فیوز سیلیولائٹس.

اس سے چار چھ قیراط کے فاصلہ پر دوسرا بند لگائیں۔ اسی طرح اس سے اوپر تیسرا اور چوتھا بند کسیں۔ مثلاً اگر انگلی پر سانپ کاٹے تو ایک بند انگلی کی جڑ میں، دوسرا قبضے کے گرد، اور تیسرا کلائی کے گرد باندھیں۔ اسکے بعد اس ڈسے ہوئے مقام یا دانتوں کے نشان کے چاروں طرف نشتر یا چھری کے ذریعہ ہڈی تک اچھی طرح شگاف دیکر خون نکال لیں۔ پھر زخم کو خود مریض (اپنے منہ سے چوسے، یا کوئی دوسرا شخص اس عمل کو کرے۔ چوسنے والے کے منہ میں جو کچھ خون اور رطوبت داخل ہو، اُسے وہ بار بار تھوکتا جائے۔ اگر چوسنے والا شخص اپنے منہ میں رومال یا روئی کا گولہ سا بنا کر رکھ لے، تو بہتر ہے، تاکہ سمیت کے حلق تک فرو ہونے کا اندیشہ جاتا رہے۔ یہ بھی ضروری ہے کہ چوسنے والے کے منہ میں کسی قسم کا زخم نہ ہو، مثلاً مسوڑھے متورم اور متقیح نہ ہوں۔ ورنہ ممکن ہے کہ اس زخمی مقام میں سانپ کی سمیت سرایت کر جائے، چوسنے کے بعد منہ کو اچھی طرح دھولیا جائے۔ پھر زخم کو جلتے ہوئے کوئلہ یا گرم کئے ہوئے لوہے سے داغدیں، یا بارود رکھکر جلا دیں۔ یا اسپر کوئی تیزاب، مثلاً تیزاب شورہ ڈالدیں۔ اگر ممکن ہو تو زخم پر پچھنے لگا کر چوسنے کی بجائے سنگھیاں کھچوائیں۔ اگر انگلی یا انگوٹھے میں زہریلا سانپ کاٹے، تو موثر اور یقینی تدبیر یہ ہے کہ فوراً اسکو جڑ سے کاٹ کر علیحدہ کر دیا جائے۔

اگر وقت پر قلویہ منغنیس آگین اعلیٰ (پوٹاش پر مینگنیٹ) مہیا ہو سکے تو زخم کو نشتر سے چیرنے کے بعد اسکے اندر اس دوا کا سفوف بھر دیا جائے

اگر ایسے مقام پر سانپ نے کاٹا ہے، جہاں بند لگانا ممکن نہیں، اور نہ اس عضو کو قطع کرنا ممکن ہو، جیسے سر، شکم، پشت وغیرہ، تو فوراً جلد کا ایک

ٹکڑا مع گوشت کے جو تقریبًا نصف قیراط گہرا ہو، دانت کے نشان کے
م سے کاٹ کر نکال لیں، اور زخم کے اندر وہی مذکورہ بالا دوا بھر دیں،
کو تدابیر مذکورہ سے جلا ڈالیں +

بعض تجربہ کاروں کا بیان ہے کہ اگر یہ عمل (بند لگانا، چیرنا، اور
مذکور کا اسکے اندر بھرنا) ۵ دقیقے کے اندر کیا گیا، تو ہر زہریلے سانپ
علاج کے لئے کافی ہے۔

اگر یہ بند آدھ گھنٹے تک یا اس سے زیادہ عرصہ تک بندھا رہے
عضو کے مردہ ہو جانے کا اندیشہ ہے۔ لیکن جان بچانے کے لئے
عضو کی قربانی کی جا سکتی ہے۔ برعکس اس کے بند کے ڈھیلا
نے یا جلد کھول دینے کی حالت میں مریض کے ہلاک ہونے کا احتمال
ب ہے۔ اسلئے بہتر یہ ہے کہ اگر وہ عضو انگلی کی طرح چھوٹا ہے، تو اسے
ٹ کر علیحدہ کر دیا جائے، اور اگر وہ عضو بڑا ہے۔ تو بند کو اس وقت تک
بلا کریں، جب تک سمی علامات موجود ہوں، یا جب تک مقام ماؤف
اور نیلگوں نہ ہو جائے +

کچھ عرصہ کے بعد اگر اس عضو میں ورم فلغمونی پیدا ہو جائے تو حسب
ستور اسکا علاج تکمید اور شگاف سے کریں +

م بدنی علاج

:- اس علاج کے دو مقاصد ہوتے ہیں۔ اول جذب
وہ سمیت کو حتی الامکان کمزور اور بے اثر کرنا، دوئم بدنی ضعف کو
الامکان رفع کرنا +

رفع سمیت کے لئے مختلف قسم کے تریاقات اور فادزہر

سیلو لائیٹس +

بتائے جاتے ہیں، جنکی بابت عجیب وغریب اقوال ہیں. نہ انکے مفید ہونے کا یقینی حکم لگایا جا سکتا ہے، اور نہ قطعًا انکار کی گنجایش ہے. اس مقصد کے لئے سانپ کی سمیت سے ایک مصل فادسینؔ[1] تیار کیا جاتا ہے، جسے سانپ کے کاٹنے کے بعد بہت جلد کافی مقدار میں بدن کے اندر پچکاری کے ذریعہ پہنچا دیا جاتا ہے. اسکو بعض لوگ موثر کہتے ہیں، مگر دوسرے لوگ ابھی اس کے فائدہ کے متعلق قطعی حکم لگانے سے عاجز ہیں. بعض محققین کا بیان ہے کہ جب سمیت عام دوران خون میں شریک ہوجاتی ہے، اور اس سے قلب ومراکز تنفس ماؤف ہوجاتے ہیں، تو کوئی طریقہ علاج اور کوئی تریاق صحت کا یقین نہیں دلا سکتا. لیکن مذکورہ بالا مصل (تریاق حیہ) چونکہ سمیت کو باطل یا بے اثر کرتا ہے، اسلئے اس سے یہ کسی قدر امید کیجا سکتی ہے کہ بدن کے اندر سرایت کئے ہوئے زہر کو کم کردیگا +

جھاڑ پھونک اور بعض تریاقات کے اثرات کے متعلق اگرچہ بعض لوگ سختی سے مخالف اور منکر ہیں، مگر اس ملک میں بہت سی ایسی روایتیں سننے اور دیکھنے میں آئی ہیں کہ انکار کا کوئی پہلو نکل نہیں سکتا؛ اسلئے ہم اس کے متعلق کوئی حتمی فیصلہ کرنے سے عاجز ہیں.

بعض لوگوں کا یہ بھی بیان ہے کہ اس ملک کے زیادہ زہریلے سانپوں (مثلاً کوڑیالہ، پھنیر وغیرہ) کے زہر جب خون میں پہونچ جاتے ہیں. تو پھر کسی طرح ایسے مریضوں کے بچنے

[1] جسکا نام تریاق حیہ (اینٹی وے نین) ہے +

کی امید نہیں +

رفع ضعف اور بیہوشی کے لئے شروع ہی سے محرک تدابیر اور محرک ادویہ استعمال کرتے رہیں۔ مثلاً محلول انذاراقین (لائیکر سٹرکنیا) کی جلدی پچکاری دو۔ دو یا تین تین گھنٹے کے بعد کریں۔ غشی کی حالت میں ضماد خردل (رائی کالیپ) دل، فم معدہ، اور گردن پر لگائیں۔ مریض کو پھرائیں، اور سونے نہ دیں۔ یا ضماد خردل کی بجائے دل اور حجاب حاجز پر بجلی لگائیں۔ بدن سرد ہو جائے تو اسکو گرم کریں۔ گرم پانی کی بوتلیں بغلوں اور رانوں میں رکھیں، اور پنڈلیوں پر ضماد خردل لگائیں +

درنتہ التشریح[1] اور ثولول جزار[2] (قصابوں کے مسے یا دانے)

گاہے قصابوں اور تشریح کے لئے لاش چیرنے والے کی انگلیوں اور قبضہ (رسغ) پر گرہ سی بلندی یا گٹھلی پیدا ہو جاتی ہے، جو غالباً درنی تلوث[3] کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اسکا علاج یہ ہے کہ اس کو کاٹ کر علیحدہ کر دیا جائے۔ یا دانوں پر تیز کاویات لگائے جائیں۔

جروح التشریح[4]

وہ زخم جو لاش چیرنے کی حالت میں لگ جاتے ہیں، خواہ تشریحی مقصد سے ہو، یا امتحان بعد الموت کے لئے۔ چنانچہ لاش چیرنے کی

---

[1] اناٹومیکل ٹوبرکل [2] بوچرس وارٹ۔ [3] ٹیوبرکولر انفکشن۔ [4] ڈسکشن وونڈز (اور) پوسٹ مارٹم وونڈز +

حالت میں جو زخم لگ جاتے ہیں، ان میں دو قسم کے عوارض پیدا ہو سکتے ہیں:۔

(۱) مقامی، مثلاً پھنسیاں، پھوڑے، یا التہاب فلغمونی منتشر (پھیلنے والا)۔

(۲) عمومی، مثلاً تعفن[1] دم، علی الخصوص اُس وقت جبکہ وہ مردہ (جسکی لاش چیری جا رہی ہے) دوران زندگی میں شدید التہاب صفاق کا مریض رہ چکا ہو، اور اسکا عدوی اُس زخم میں پہنچا ہو۔

علاج:۔ ایسے زخموں کے علاج میں فوری توجہ کرنیکی ضرورت ہے۔ سمیت کے انجذاب کو روکنے کیلئے زخم سے اوپر انگلی کو سختی سے باندھ دینا چاہیئے (بند لگانا چاہیئے) اگر زخم ہاتھ میں ہو۔ تو بند کلائی پر لگانا چاہیئے۔ پھر زخم کو کسی قوی مانع عفونت غسول سے پانچ دقیقہ تک تر کر دیا جائے۔ اگر زخم کو دبا کر خون نکالا جائے، تو بہتر ہے۔ اسی طرح اگر ضرورت ہو تو زخم کو نشتر سے کسی قدر بڑھا کر صاف کر لیا جائے۔

انگلیوں کے جروح سمیہ (زہریلے زخموں) سے اکثر ناخن کے نیچے یا اس کے قرب و جوار میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے، جسکو "داخس" (انگل بیڑہ) کہتے ہیں۔

داخس (بِسَهری)[2]

یہ مرض عموماً انگلیوں کے عفونی جراحات (جروح سمیہ) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس مرض کی وجہ سے انگلی اور ہاتھ کے طبعی کاموں میں خلل پیدا ہو جاتا

---

[1] سپٹی سی میا۔ [2] وٹلو (انگریزی) انگل بیڑہ۔ جیلطری۔ نور پکنا۔

ہے۔ اور گاہے اس سے مہلک خطرات کا اندیشہ بھی رونما ہو جاتا ہے۔ داخس کی چار بڑی قسمیں ہیں:-

(۱) داخس بشری[1] (تحت البشرہ) جس میں پیپ بشرہ کے نیچے جمع ہوتی ہے۔ یہ بذات خاص زیادہ خطرناک نہیں ہوتی ہے۔ اگرچہ اس میں درد بہت شدید ہوتا ہے۔ اگر اسکا درد شدید نہ ہوتا، تو اسکی اہمیت اور بھی کم ہو جاتی۔ اسکا علاج شگاف لگا کر یعنی آزاد بشرہ کو دور کر کے تکمید (تکمید بورقی) کرنا ہے۔

(۲) داخس تحت جلدی[2] (تحت الجلد) جس میں پیپ جلد کے نیچے نسیج خلوی میں جمع ہوتی، اور دور تک پھیل جاتی ہے، اور انگلی پر دور تک التہاب[3] خلوی نمودار ہوتا ہے۔ گاہے اس سے ہتھیلی اور کلائی بھی ماؤف ہو جاتی ہے، اور گاہے اس میں پیپ ناخن کے نیچے جمع ہو جاتی ہے۔

علاج:- جس قدر جلد ممکن ہو، شگاف لگا کر پیپ خارج کر دینی چاہیے۔ جس سے تکلیف و درد کی شدت معاً ختم ہو جاتی ہے۔ اگر ناخن کے نیچے پیپ جمع ہو گئی ہو تو ناخن کے آزاد کنارے کے نیچے شگاف لگانا چاہیے۔ اگر شگاف لگانے میں عجلت نہ کی گئی، تو ممکن ہے کہ ہاتھ کے التہاب خلوی میں تقیح پیدا ہو جائے، ایسی صورت میں داخس کے مقامی علاج کے ساتھ التہاب خلوی کا علاج بھی ضروری ہوگا، جس میں لمبے لمبے شگافوں کی دور تک حاجت ہوگی۔ ہاتھ کے دیگر التہابات کی طرح اس میں بھی ہاتھ کو بلند رکھا جائے، اور کمادات مطہرہ اور مرطبہ استعمال کی جائیں

(۳) داخس غمدی[4]، جس میں پیپ اوتار کے غلافوں (غمد) کے اندر

---

[1] سب کیوٹی کیولر۔ [2] سب کیوٹی نی اس۔ [3] سیلیولائٹس۔ [4] تھیکل +

جمع ہوتی ہے۔ انگلی متورم ہوجاتی ہے۔ درد کی شدت ہوتی ہے، جس سے
نیند تک غائب ہوجاتی ہے۔ انگلی کو موڑنے کی قابلیت جاتی رہتی ہے۔
اگر یہ مرض چھوٹی انگلی (خنصر) میں ہوتو گاہے پیپ پھیلکر ہتھیلی کے مشترک
غلاف تک پہونچ جاتی ہے، جسکے عوارض بہت شدید ہوتے ہیں۔ اس
مرض میں بعض اوقات یہ بھی ہوجاتا ہے کہ اوتار مردہ ہوجاتے ہیں،
یا ایک دوسرے کے ساتھ جڑ جاتے ہیں (التصاق)۔ اگر یہ انگوٹھے میں
ہوتو گاہے رسغ کے رباط حلقی مقدم کے نیچے سے گزر کر کلائی تک پہونچ
جاتا ہے۔

علاج:- وسیع شگاف لگانے میں عجلت کرنی چاہیے، ورنہ ممکن
ہے کہ التہاب کے اثر سے وتر مردہ ہوجائے، یا یہ کہ (جیسا کہ اوپر بتایا
گیا) مرض پھیلکر ہتھیلی اور کلائی تک پہونچ جائے۔ انگلیوں پر شگاف
لگانے میں حتی الامکان جوڑوں کو بچالیں۔ یعنی جوڑوں کے مقام پر
نشتر نہ لگائیں۔ نیز اس قسم میں شگاف انگلی کے خط وسطانی پر لگانا چاہیے
اور شگاف کو اتنا لمبا اور کشادہ رکھنا چاہیے کہ مواد کا بہاؤ پورے
طور پر ہوجائے۔ چنانچہ گاہے شگاف کو ہتھیلی تک بڑھانا پڑتا ہے۔ نیز
شگاف لگاتے وقت عروق واعصاب کو ماؤف ہونے سے بچایا جائے۔
عفونت کو روکنے اور محدود کرنے کے لئے طریقہ بائر سے احتقان قہری
پیدا کرنا، نیز تکمیدات اور گرم مانع عفونت غسولات میں ہاتھ کو ڈبونا
مفید ہوتا ہے +

قہری احتقانؔ بہ طریقہ بائر:- اس طریقہ میں وریدوں کے اندر
اجتماع خون (احتقان وریدی) پیدا کرنے کے لئے ربر کا پتلا سا

تصویر (۱۴)
ہاتھ کے اوتار قابضہ کے
زلالی غلافوں کا خاکہ

تصویر (۱۵)
داخس (انگل بیڑا) کی مختلف قسموں میں کہاں کہاں
شگاف لگائے جاتے ہیں، اور یہ کہ اسکی مختلف قسمیں ہاتھ
اور کلائی میں کہاں تک پہنچ جاتی ہیں +

بند لگایا جاتا ہے۔ یہ طریقہ جوڑوں کے امراض اور التہابات کے عوارض کے علاج کے لئے استعمال کیا جاتا ہے ✦

ذاتی اور قہری تحریکات انگلیوں کے تمام جوڑوں میں جلد ہی کرا دینا چاہیئے۔ ورنہ ممکن ہے کہ یہ جوڑ بے حرکت ہو جائیں ✦

(۴) داخس سمحاقی[1] (سمحاق۔غشاء العظم) جس میں پیپ غشاء العظم (سمحاق) کے نیچے مجتمع ہوتی ہے۔ یہ قسم عموماً اخیر پوروے میں واقع ہوتی ہے۔ اگر وقت پر مناسب تدارک نہ کیا گیا تو گاہے پورا پوروا مردہ ہو جاتا ہے (گل جاتا ہے)۔ گاہے یہ قسم داخس غدری کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے اور گاہے ابتداءً بھی۔ علی ہذا التہاب گاہے انگلی کے سرے ہی تک محدود رہتا ہے، اور گاہے ہتھیلی تک پہونچ جاتا ہے ✦

علاج:۔ قسم سوئم کے مانند اسکا علاج کریں۔ اس قسم میں شگاف انگلی کے پہلو پر لگانا بہتر ہے۔

شگاف آزادی سے کشادہ لگائیں۔ گلی ہوئی ہڈیاں نکال ڈالیں کماوات اور حمامات مطہرہ (مانع عفونت) استعمال کریں ✦

اندمال جراحات[2] (التحام التیام)

زخموں کا بھرنا اور اچھا ہونا

طریقہ اندمالِ جروح کی چند صورتیں بیان کی جاتی ہیں، مثلاً:۔

التحام[3] بالقصد الاول،

---

[1] سب پیری آسٹیل (تحت غشاء العظم)۔ [2] ہیلنگ آف اونڈز۔

[3] ہیلنگ بائی فرسٹ ان ٹن شن ✦

التحام[1] بالقصد الثانی، (بالا ریکہ)۔

التحام[2] ابتدائی متأخر۔

التحام[3] بالعلقہ (خون کے لوتھڑے کے ساتھ)۔

التحام[4] تحت القشرہ (کھرنڈ کے نیچے)۔

لیکن ان سب اقسام اندمال میں جو تغیرات واقع ہوتے ہیں وہ درحقیقت سب مماثل اور ایک ہی اصول پہ واقع ہوتے ہیں یعنی انگوری ساخت (نسیج[5] اریکی) کے بننے سے اندمال کی صورت واقع ہوتی ہے +

ابتداءً اس تغیر میں مقامی التہاب واقع ہوتا ہے، جو فی الحقیقت جراثیمی تعدیہ کا نتیجہ ہوتا ہے +

زخم کے اندر ریشۂ[6] دم اور خون کے سفید دانے (کریات بیضا) مترشح ہو کر آجاتے ہیں، قرب وجوار کی شعریات (عروق شعریہ) اپنے اندر سے مہین مہین رگوں کے جال زخم کے اندر پھیلا پھیلا کر خون کی نئی رگوں کے چھوٹے چھوٹے حلقے بنا دیتی ہیں، جو سُرخ سُرخ بلندیوں کی شکل میں نمودار ہو جاتے ہیں. چنانچہ اگر زخم کھلا ہوا ہے، تو یہ سُرخ بلندیاں آنکھوں سے صاف نظر بھی آسکتی ہیں. بس اسی طرح انگوری ساخت (نسیج اریکی) پیدا ہو جاتی ہے +

آگے چل کر یہ عروقی حصہ (عروقی رقبہ) متغیر ہو کر ریشہ دار ساخت (نسیج[7] لیفی) میں تبدیل ہو جاتا ہے، اس ساخت کے کریات (خلیات)

---

[1] ہیلنگ بائی سکنڈ ان ٹن شن (بائی گرے نیولے شن) [2] ہیلنگ بائی ڈی لیڈ پرائمری یونین۔ [3] ہیلنگ بائی بلڈ کلاٹ۔ [4] ہیلنگ انڈر سکیب [5] گرے نیولے شن ٹشو۔ [6] لمف۔ [7] فائبرس ٹشو +

ں گول شکل تبدیل ہو کر تکلہ نما (مغزلی) ہو جاتی ہے، اور خون کی بیشتر
یں ناپید ہو جاتی ہیں۔
اب اگر زخم کے کناروں (حاشیوں) کو (ٹانکے وغیرہ) کے ذریعہ
ے) جوڑ دیا گیا ہے، تو ایسی صورت میں کناروں کی جلد سے ابشرہ کے
لیات زخم کے نازک ندبہ (خشکریشہ) کی طرف بڑھکر اُس کو ڈھانک لیتے
ں، یعنی نازک اور تازہ ندبہ جو پہلے کھُلا ہوا تھا، اب اُسپر جلدی خلیات
ک غلاف چڑھا دیتے ہیں۔ لیکن لیفی ساخت کے پیدا ہوتے وقت
س میں کسی قدر سکیڑ (انقباض) اور کھنچاؤ (تقلص) ضرور پیدا ہوتا ہے
سکا نتیجہ یہ ہے کہ مندمل شدہ حصہ (مقام ندبہ) میں کم و بیش جھریاں
یدا ہو جاتی ہیں۔ جب کسی تازہ زخم کے کناروں کو ٹانکہ وغیرہ سے
انا ہو تو مندرجہ بالا حقیقت کا یاد رکھنا مناسب ہے۔ زخم کے
ناروں کو نہایت احتیاط کے ساتھ قریب لاکر ملا دینا اور قدرے
بھار کر اوپر کی طرف پلٹ دینا چاہئے، تاکہ اندرونی سکیڑ کی وجہ سے
ندمل شدہ حصہ میں جھریاں کم پیدا ہوں۔
جب جراحت کی وجہ سے ساخت کا کوئی حصہ کٹ کر
ضائع ہو جاتا ہے، تب بھی فعل اندمال اصولاً اسی مذکورہ بالا طریقہ
ہ واقع ہوتا ہے۔ مگر ضائع شدہ ساخت کی خلا کو پہلے پُر ہونا پڑتا
ہے۔ خلا کی دیواروں کے انگور کے نیچے نیچے لیفی ساخت بنتی جاتی
ہے، حتیٰ کہ زخم کی خلا پورے طور پر بھر جاتی ہے، اور زخم کے انگور
ں سُرخ بلندیاں بیرونی سطح پر رونما ہو جاتی ہیں۔ اب آس پاس کی

۵ اسپنڈل شیپڈ +

جلد سے بشرہ کے خلیات بڑھ بڑھکر زخم کے انگور پر ایک غلاف چڑھا دیتے ہیں۔ ایسے گہرے زخموں میں چونکہ نئی لیفی ساخت زیادہ بنتی ہے، اور سکیٹر زیادہ پیدا ہوتی ہے، اسلئے مندمل شدہ حصہ پر بدشکلی زیادہ رونما ہوتی ہے۔ ایسے زخموں کی عارضی خلا، یا تو منجمد خون (علقہ) سے بھر جاتی ہے، یا اسکے اندر خرقہ[1] (رکتیت) ٹھونس دیا جاتا ہے۔

(۱) جب زخم صاف ہو، اور کوئی ساخت تلف نہ ہوئی ہو، تو ایسے زخموں میں اندمال بالقصد الاول ہوتا ہے، بشرطیکہ جریان خون (نزف دموی) بند کر دیا گیا ہو؛ اور زخم کے کناروں کو ملا دیا گیا ہو۔

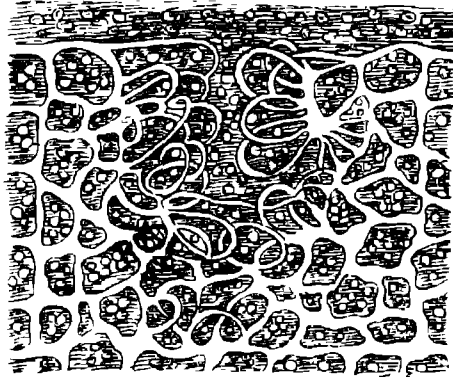
(۲) اندمال بالقصد الثانی اُس وقت واقع ہوتا ہے، جبکہ:-

(الف) کوئی ساخت مجروح ہو کر ضائع ہو گئی ہو۔

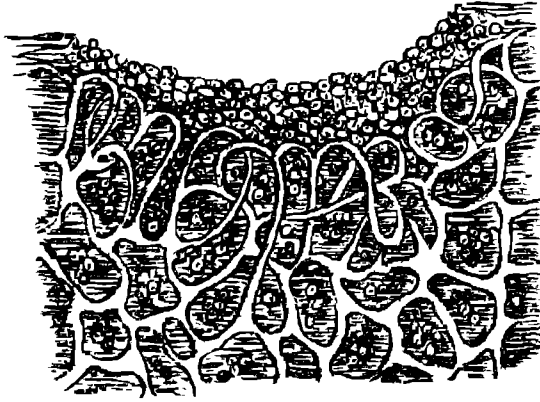
(ب) یا جبکہ زخم میں عفونت پیدا ہو گئی ہو۔

(۳) اندمال ابتدائی متاخر، بعض حالات میں، جبکہ مناسب علاج وتدبیر کے بعد عفونت رفع ہو جاتی ہے، اور زخم کا انگور (داریکہ) غیر عفونی اور تندرست حالت میں آجاتا ہے، تو جراح عمل خیاطت کے ذریعہ زخم کو بند کر سکتا ہے۔ اسکو خیاطت[2] ثانویہ کہا جاتا ہے؛ اور اسکی وجہ سے زخم کے کنارے نسبتاً جلد جڑ کر مندمل ہو جاتے ہیں، اور اگر ٹانکے نہ لگائے جائیں، تو دیر سے اندمال ہوتا ہے۔

بعض حالات میں، جبکہ جراح کو یہ اندیشہ ہوتا ہے کہ زخم میں عفونت پیدا ہو جائیگی، فوری علاج یہ کیا جاتا ہے کہ زخم کو صاف (مطہر) کر کے اُس میں خرقہ (رکتیت) بھر دیا جاتا ہے۔ پھر ۴۸ گھنٹے کے

[1] گاز۔ [2] سکنڈری سیوچر۔ [3] ڈلیڈ پرائمری سیوچر +

تصویر (۱۶)

اندمال بالقصد الاول کا خاکہ

جراحت یعنی خلوی ساخت سے بھری ہوئی ہے، جس میں عروق شعریہ کے حلقے پھیلے ہوئے ہیں، جو نسیج ارکی یا انگور بنا رہے ہیں، درانحالیکہ بشرہ سطح کے اوپر متحد ہو کر پھیل گیا ہے +

تصویر (۱۷)

خاکہ اندمال بقصد ثانی (اندمال بالآریکہ)

بعد اسکو نکالکر زخم کی حالت دیکھی جاتی ہے، اگر زخم اچھی اور غیر عفونی حالت میں ہے، تو اُسکے کناروں کو ٹانکوں کے ذریعہ ملا کر بند کردیا جاتا ہے، اسکو خِیاطتِ[1] اَوَّلیہ مُتَاَخِّرَہ کہتے ہیں۔

(۴) **اندمال بِالعَلَقَہ** (خون کے لوتھڑے سے) صرف اُن زخموں میں ہوتا ہے، جو غیر عفونی (مطہر) ہوں، اور ساختوں کے تلف ہوجانے کی وجہ سے ان کے اندر خلائیں پیدا ہوگئی ہوں، جو منجمد خون کے لوتھڑوں سے بھر جاتی ہیں۔ اب اسکے بعد اسکی دو صورتیں ہیں:

(۱) گاہے بیرونی سطح کی ساختیں باہم مل جاتی ہیں، اور زخم ڈھکا رہتاہے، اور (۲) گاہے زخم کھلا رہتا ہے۔ دونوں صورتوں میں خون کے منجمد لوتھڑے کے اندر خون کے دانوں کا ہجوم ہوتا ہے، جو خون کو جذب کرکے غائب کردیتے ہیں، اور اس جگہ انگوری ساخت پیدا ہوجاتی ہے، جس سے زخم آخر کار بھر جاتا ہے۔

(۵) **اندمال بِالقِشْرَہ** (کھرنڈ کے ذریعہ) صرف سطحی زخموں میں ہوتا ہے۔ ایسے سطحی زخموں میں جو خون مترشح ہوکر باہر آتا ہے، وہ خشک ہوکر اور ایک کھرنڈ بنا کر زخم کی حفاظت کرتا ہے۔ اس عرصہ میں زخم کا اندمال ہوجاتا ہے، اور پھر کھرنڈ کمزور ہوکر گرپڑتا ہے۔

نشان زخم (ندبہ) کے عوارض

(۱) **شدتِ انقباض**[2] (شدتِ انکماش) یعنی نشانِ زخم میں زیادتی کے ساتھ سکیڑ کا واقع ہونا۔ یہ صورت بعض اوقات بہت تکلیف دہ ہوتی ہے، علی الخصوص جبکہ یہ جوڑوں کے موڑ میں واقع ہو۔ اسکا علاج

[1] ڈیلیڈ پرائمری سیوچر [2] اکسیسو کنٹریکشن۔

یہ ہے کہ ندبی ساخت کو کاٹ دیا جائے، اور عضو کو کھول دیا جائے،
پھر اس ننگی سطح پر عمل ترقیع (ترقیع بطریقہ تھرش یا بطریقہ لُف) کے ذریعہ
جلدی پیوند لگائی جائے. لیکن اسکے نتائج بھی ہمیشہ اطمینان بخش نہیں
ہوتے ہیں. اب نیا علاج بعض مریضوں میں مفید ثابت ہوا ہے، وہ یہ
کہ فائبر ولائی سین[1] (۱۰ فیصدی) کا محلول بطور پچکاری کے پہونچایا جائے
اگر کسی زخم میں شدت انقباض کی تکلیف کا اندیشہ ہو، تو بطور حفظ ماتقدم
انگوری ساختوں میں ابتدائی ہی عمل ترقیع کر دیا جائے.

(۲) **جدرہ کاذبہ**.[2] گاہے نشان زخم (ندبہ) غیر معمولی طور پر بڑھ جاتا
ہے، جسے "جدرہ کاذبہ" کہا جاتا ہے. یہ زیادہ تر مرض درنی کے نوجوان
مریضوں میں ہوتا ہے. ندبی ساخت کے اندر اور ٹانکے کے سوراخوں میں
لیفی ساخت تیزی سے بڑھنے لگتی ہے،

علاج :- جدرہ کاذبہ کو کاٹ کر الگ کرنا مفید نہیں ہے، کیونکہ وہ دوبارہ
عود کر آتا ہے. بلکہ کچھ عرصہ کے بعد یہ خود بخود غائب ہو جایا کرتا ہے.
شعاع رانجن اور شعاعیہ (ریڈیم) کا پہونچانا اکثر مفید ثابت ہوتا ہے.

(۳) **ندبہ کا متقرح ہو جانا** :- اسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ ندبی ساخت
کے بننے کے دوران میں شریانوں پر دباؤ پہنچتا ہے، جس سے اس
مقام کے تغذیہ میں فساد آجاتا ہے.

(۴) **سلعہ بشریہ**[3] گاہے ندبہ میں نمودار ہوتا ہے.

---

[1] ندیب لیفات (ریشوں کا تحلیل کرنے والا) ایک مرکب دوا ہے.

[2] فالس کیلائڈ (اسپرٹ کیلائڈ). [3] اپی تھیلی اوما +

فن جراحت کے عام اصول

زخموں کا عمومی علاج

جراحی علاج کا اصل الاصول یہ ہے کہ ہر حالت میں

۱۔ جراثیم کو زخم کے اندر (حتی الامکان) داخل نہ ہونے دیا جائے۔

۲۔ یا اگر جراثیم زخم میں پہلے سے موجود ہوں تو حتی الوسع ساخت پر ان کے مضر اثر کو روکا جائے۔

جراحیات کے ابتدائی زمانہ میں جبکہ تعدیۂ جراثیمی اور عفونت کے اسباب و علل کا صحیح علم نہ تھا، زخم میں اکثر عفونت اسی وجہ سے پیدا ہو جاتی تھی کہ ایک مریض پر استعمال کئے ہوئے غسولات اور اسفنج وغیرہ دوسرے مریض کے زخموں پر لگا دیے جاتے تھے۔ اس طرح ایک مریض کے زخم کے جراثیم دوسرے مریض کے زخم میں نامعلوم طور پر منتقل ہو جاتے تھے۔ جس طرح شہد کی مکھیاں ایک پھول کا طلع[1] (سفوف تناسلی نباتی) دوسرے پھول میں منتقل کر دیتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا تھا کہ جو ساخت پہلے غیر عفونی تھی، وہ اب عدوی سے متعفن اور ملوّث ہو جاتی تھی۔

---

[1] پولن (طلع) وہ بُرادہ یا سفوف جو پھولوں کے اندر ہوتا ہے، اور جو اصل میں نباتی نطفہ (تناسلی سفوف) کا کام کرتا ہے۔

اسکے بعد کے زمانہ میں، جبکہ تیز اور قوی دافع عفونت ادویہ وغسولات کی گرم بازاری تھی، انتقال جراثیمی اسی طرح ممکن تھا، اگرچہ "دور اول" کی نسبت اس دور میں اسکے احتمالات نسبتاً کم تھے۔ یعنی اس زمانہ میں عموماً نیک نیت ماہرین جراحت اپنے ہاتھوں کی جلد کو نہایت تیز اور مہیج دافع عفونت غسولات سے پاک کیا کرتے تھے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا تھا کہ اون کی جلد میں جُتے ہوئے کھیت کے مانند نہایت ناہموار اور کھُردرے گڑھے (نالیاں، بن جاتے تھے (جو کلاں نما شیشہ سے بخوبی نظر آسکتے تھے)؛ ان گڑھوں میں جراثیم چپک کر کچھ اس طرح بیٹھ سکتے تھے کہ اونکا خارج کرنا مشکل تھا۔ اس طرح ایک مریض کے جراثیم خود جراح کی وساطت سے دوسرے تک منتقل ہوجاتے تھے۔

لہذا اگر تم اپنے جراحی مریضوں میں کامیابی حاصل کرنا چاہتے ہو تو اپنے ہاتھوں کو مریض کے مواد، پیپ وفضلات جسم سے نہایت احتیاط کے ساتھ پاک اور محفوظ رکھو، اور اپنی جلد کو نرم، اور ملایم رکھو ایسی دافع عفونت تیز ومہیج ادویہ اور غسولات کا ہرگز استعمال نکرو جن سے جلد میں خراش پیدا ہو، یا جن کے استعمال سے جلد میں شگاف پیدا ہوں، اور جلد پھٹ جائے (دراڑیں پڑ جائیں)۔

ربر کے دستانے ہاتھوں میں پہن لینے سے ایک مریض کے جراثیم جرّاح کی جلد کے ذریعہ سے دوسرے مریض میں منتقل نہیں ہوسکینگے لیکن اگر جراح معمولی احتیاط برتے، اور عام صفائی کا خیال رکھے تو بھی اوسکے ہاتھوں کے ذریعہ سے دوسرے مریض کو جراثیمی تلوث پہونچنے کا احتمال بہت کم ہوسکتا ہے۔

عفونی اور ملوث زخموں کے علاج میں ہمیشہ دو باتوں کا لحاظ لازم ہے۔

(اول) تندرست ساخت میں عدوائی جراثیمی سے مقابلہ کرنے کی قوت کا لحاظ۔

(دوم) عفونت پیدا کرنے والے جراثیم کی سمیت کا لحاظ۔

قوت مدافعت (مناعت) کے عمل میں خون کے سفید دانے یا خلیات اکالہ (جراثیم کو کھا جانے والے دانے) کس طرح حصہ لیتے ہیں، اور انکے عمل مدافعت میں خون کا مصل پہلے جراثیم پر کس طرح اثر کرکے آسانی پیدا کردیتا ہے، اسکا مفصل بیان علم الجراحت جلد اول بحث مناعت میں (صفحہ ۹۰) گزر چکا ہے۔ اگر جراح ضرورت سے زیادہ مداخلت کرکے خلیات اکالہ (خون کے سفید دانوں) یا مصل کے طبعی افعال میں خرابی یا کمی پیدا کردیگا تو اس سے مریض کو بجائے فائدہ کے نقصان پہونچنے کا احتمال ہوجائیگا۔ اس کے برعکس اگر جراح خون کے سفید دانوں اور مصل کے طبعی عمل مدافعت میں تحریک وافزائش دینے کی کوشش کریگا تو اس سے ساخت پر مفید اثر پڑے گا۔

یہ بھی یاد رکھنا چاہیے کہ تیز دافع عفونت ادویہ اگرچہ جراثیم کو قتل کرسکتی، یا بے ضرر بنا سکتی ہیں، مگر اسکے ساتھ ہی ان کے تیز اثر سے ساختوں میں ضعف آجاتا ہے، جس سے انکی قوت مناعت کمزور ہوجاتی ہے، اور وہ جراثیم کا اچھا مقابلہ کرسکنے کے قابل نہیں رہتی ہیں۔

بعض مانع عفونت ادویہ کا اثر جراثیم پر رطوبت بیضیہ (البومن)

لہ فیگوسائٹس +

سے ملنے کے بعد باطل یا ناقص ہو جاتا ہے۔

طبعی قوت مناعت کو بڑہانے، اکتسابی مناعت حاصل کرنے، تلقیحات مصل واحتقان مواد جراثیمی وغیرہ کا مفصل بیان علم الجراحت جلد اول میں آچکا ہے۔ (دیکھو باب مناعت صفحہ ۷۴)

زخموں کا مقامی علاج

تدابیر غیر عفونی۔ زخموں کا مقامی علاج غیر عفونی[1] تدابیر سے کیا جا سکتا ہے، لیکن عموماً یہ اوسی حالت میں ممکن ہے جبکہ مقام ماؤف کی جلد میں تفرق اتصال واقع نہوا ہو، اور جس میں جراح عمل جراحی کرنے کا قصد رکھتا ہو۔ درحقیقت تدبیر غیر عفونی فاضل لسٹر کے تدبیر دافع عفونت[2]، کی ایک گونہ ترمیم شدہ صورت ہے جو دراصل طہارت اور صفائی کی اعلیٰ ترین شکل ہے۔ (دیکھو جلد اول صفحہ ۲۲۳-۱ اور صفحہ ۲۲۸ تا صفحہ ۲۳۷)

پہلے مقام ماؤف کی جلد حتی الامکان خوب مطہر اور صاف کرلی جاتی ہے۔ جراح اور اوس کے مددگار اپنے ہاتھوں کو دافع عفونت غسولات کے ذریعہ جراثیم سے پاک (عقیم[3]) اور مطہر کرلیتے ہیں اور پھر اونکو آب گرم جوش کردہ (آب عقیم) سے بخوبی دھوکر عقیم دستانے پہن لیتے ہیں۔ تمام آلات جراحیہ، عبائے[4] جراحت، زخم پونچھنے کے پھائے[5] چادریں تولیہ، وغیرہ وغیرہ تمام ضروری چیزوں کو مطہر و عقیم کرلیا جاتا ہے۔

---

[1] اسپٹک ٹریٹ منٹ۔ [2] اینٹی سپٹک ٹریٹ منٹ جسکا موجد لسٹر ہے۔
[3] عقیم (اسٹیرائل) جراثیم سے پاک۔ [4] گاؤن [5] پھائے (سوابس)

لیکن اسبات کی سخت احتیاط کرنی چاہیئے کہ کوئی دافع عفونت ہیج دوا یا غسول زخم کے قریب یا اوس کے اندر نہ پہونچ سکے، کیونکہ اس قسم کی تیز ادویہ اور مہیجات سطح جلد یا زخم پر لگنے سے اون کے طبعی فعل اندمال میں حارج ہوتے ہیں۔ اسکا بھی باحتیاط تمام خیال رکھنا چاہیے کہ جراثیمی عدوی کا تلوث نہ پہونچنے پائے۔

معمولی عملیات جراحیہ کے لئے مندرجہ بالا طریقۂ عمل اصولاً اعلی ترین طریقہ ہے، مگر اسکو کسی حد تک تدبیر دافع عفونت کے ساتھ ملاکر اکثر دونوں کو (غیر عفونی اور دافع عفونت کو) مشترک طور پر عمل میں لاتے ہیں۔

(۲) **تدابیر دافع عفونت**[1]:- یہ وہ تدابیر ہیں جن میں ارادۃً ایسی دافع عفونت ادویہ اور تیز کیمیائی مرکبات لگائے جاتے ہیں جو جراثیم کو مارڈالتے ہیں۔ ایسے تدابیر کی ضرورت اوسوقت لاحق ہوتی ہے جبکہ عفونی حالت پہلے ہی سے موجود ہوتی ہے، یا جبکہ جراح کو اسبات کا خطرہ ہوتا ہے کہ جراثیم اتفاقی طور پر داخل ہوجائینگے۔ عموماً آجکل یہ تدبیر محض اوسی وقت استعمال کیجاتی ہے جبکہ عفونت کے آثار ظاہر ہوچکے ہوں، یا جبکہ اسبات کا قوی احتمال ہو کہ جراثیم زخم کے اندر نفوذ کرچکے ہیں اور عنقریب دقت و مشکلات پیدا کردینگے۔

دافع عفونت ادویہ تو کثیر تعداد میں موجود ہیں، مگر سخت دقت طلب مرحلہ ایسی دافع عفونت دوا کے حاصل کرنے کا ہے جو یقینی طور پر جراثیم کو تو قتل و غارت کردے۔ مگر طبعی ساخت پر نقصان دہ اثر نہ کرے (یعنی مہیج اثر نہ کرے اور اونکو ضعیف نہونے دے) کیونکہ خود ساختوں کی

---

[1] انٹی سپٹک ٹریٹ منٹ +

قوت بھی حملہ آور جراثیم سے مقابلہ کرتی ہے (یعنی ساختوں کی قوت بھی ورا صل قاتل جراثیم اثر رکھتی ہے)۔

گذشتہ جنگ عظیم نے ثابت کر دیا کہ ایسی بہت سی دافع عفونت ادویہ، جنکو اب تک یقینی طور پر کارگر اور قابل اعتماد سمجھا جاتا تھا فی الحقیقت بے کار و بے اثر ہیں۔

ذیل میں چند قدیم دافع عفونت ادویہ مستعملہ کا بیان دیا جاتا ہے۔

(۱) حامض قطرانی (کاربالک ایسڈ) جسکا استعمال فاضل لسٹر نے جراحیات میں رائج کیا، ایک حصہ ۴۰ یا ۶۰ حصہ پانی میں ملا کر اس محلول کو جلد بدن اور مرہم پٹی کی تطہیر کے لئے، یا زخموں کو دھونے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ ایک شدید زہر ہے اور اگر جذب ہو جائے تو سمیت کے علامات پیدا کر دیتا ہے۔ گردوں کی راہ سے خارج ہوتا ہے، اور پیشاب کا رنگ میلا سبزی مائل کر دیتا ہے۔ سمیت کی علامات مختلف درجات کی ہوتی ہیں، مگر اس سے موت اتفاقاً واقع ہوا کرتی ہے۔ نیز اس سے مقامی غانغرانا بھی پیدا ہو جاتا ہے خصوصاً اسوقت جبکہ زخم کی مرہم پٹی پر کسی قسم کا موم جامہ یا مانع تبخیر کوئی کپڑا (واٹر پروف) رکھ دیا گیا ہو۔ کاسٹک مجرد دمقامی پھوڑوں یا عفونی قرحوں کی سطح پر خالص حامض قطرانی لگا دیا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں وہ جذب نہیں ہونے پاتا، بلکہ محرق و کاوی (جلانے اور داغنے والا) اثر رکھتا ہے اور ماؤف سطح کو جلا کر تلف کر دیتا ہے۔

خالص حامض قطرانی (کاربولک ایسڈ) کو گاسے قلموں کی صورت

نفحہ واقی (پیرو ٹکلو)۔

میں استعمال کیا جاتا ہے، اور گاڑھے محلول صورت میں، یعنی پانی میں حل کرکے، اور گاڑھا سیال بنا کر (ایک حصہ ۹ حصے پانی میں حل کرکے)۔

بعض شخصوں میں حامض قطرانی کے خفیف محلول بھی، اگر بار بار استعمال کئے جائیں، تو جلد پر نہایت مضر اثر رکھتے ہیں۔ لہذا جب کبھی جراح یا اس کے مددگاروں کو خود اپنے اوپر ایسا اثر معلوم ہو جائے تو جلد کی صفائی کے لئے اسے استعمال نہیں کرنا چاہئے۔

۲۔ دارچکنہ (سلیمانی) (کروسیو سبلی میٹ)۔

۳۔ سیماب بنفش آمیز ثنائی (بن آیوڈائڈ آف مرکری) (جلد اول صفحہ ۲۱۵)۔

گذشتہ زمانہ میں یہ دونوں بہت کثیر الاستعمال دافع عفونت ادویہ تھیں، اور خصوصاً طہارتِ جلد کے لئے زیادہ تر مستعمل تھیں۔ انہیں سے پہلی دوا جب زخم میں داخل کیجاتی ہے، تو وہاں کی رطوبت بیضیہ کے تفاعل سے اسکے خواص وتاثیر ضائع ہو جاتے ہیں (بیکار ہو جاتی ہے) انکے محلول (عموماً $\frac{1}{1000}$ یا $\frac{1}{2000}$ طاقت کے) پانی یا الکوحل میں بنا کر استعمال کئے جاتے ہیں۔ ان دونوں کے اثر سے جراحی آلات واوزار زنگ آلود اور خراب ہو جاتے ہیں۔ لہذا مرکبات سیماب کا استعمال آلات کی طہارت کے لئے ہرگز نہیں کرنا چاہئے +

ان دونوں دواؤں کے جذب ہو جانے سے گاہے بگاہے پارہ کی سمیت کے آثار پیدا ہو جاتے ہیں +

سیماب بنفش آمیز ثنائی کا محلول ($\frac{1}{1000}$ کا) گاہے زخم کی گہرائیوں کو دھونے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ جب ایسا کیا جائے تو مناسب

یہ ہے کہ اسکے بعد اسکو آب مطہر (آب عقیم) سے دھولیا جائے۔

۴۔ **لیزول** (لائی سال) یہ دوا قطران یا ڈامر (کول ٹار) سے مقطر کیجاتی ہے۔ اسکا محلول آبی ۱/۲۰۰ یا ۱/۱۴۰ طاقت کا صابون کے پانی سے مشابہ ہوتا ہے اور طہارت جلد کے لئے کام میں لایا جاتا ہے۔ چونکہ دھاردار جراحی آلات (نشتر، چاقو، قینچی، سوئی وغیرہ) پانی میں جوش دینے سے کُند ہوجاتے ہیں، لہٰذا اس قسم کے آلات کی تطہیر و تعقیم کے لئے اکثر خالص لیزول کا استعمال کیا جاتا ہے۔

۵۔ **بنفشین** (آیوڈین)۔

یہ غیر جنگی (ملکی جراحی) میں بکثرت مستعمل تھی اور اب بھی ہے، مگر خطرناک جنگی زخموں میں اسکا اثر چنداں کارگر نہیں ثابت ہوا۔ اس کا الکحولی محلول (۲ فیصدی طاقت کا) استعمال کیا جاتا ہے۔ جب عمل جراحی کرنا ہو تو پہلے علی الصباح بلا مزید ابتدائی تدابیر کے محض مریض کی جلد ماؤف کے بال بلا کچھ لگائے (سوکھے) مونڈ کر کے صرف بنفشین کے محلول کی پھریری جلد پر لگادیں۔ پھر جب مریض کو دستکاری کے لئے میز پر لٹایا جائے، اسوقت بنفشین کی پھریری دوبارہ جلد پر لگا دینا چاہئے تاکہ تطہیر کامل حاصل ہوجائے۔

اگر محلول بنفشین روح مکرر[1] (روح مصفے) میں بنایا ہوا نہ ہوگا تو بنفشین کے تیز بخارات جراح اور مددگاروں کی آنکھ اور ناک میں تیز خراش پیدا کردینگے۔

تازہ زخموں کی فوری تطہیر کے لئے جن میں جراثیم سے آلودہ ہونے

---

[1] رکٹی فائڈ اسپرٹ

کا احتمال بہت غالب ہوا کرتا ہے، بنفشین کی پھریری ایک نہایت نوری سہل الحصول اور آسان ترکیب ہے۔ زخم کی پوری سطح پر پہلے پھریری بخوبی لگا دیں، اور پھر خرقہ[لے] کو محلول بنفشین میں تر کرکے زخم پر رکھکر کپڑے کی پٹی سے بندش لگا دیں +

(۲ نقصان) نازک اور شدید الحس جلد پر عمل جراحی سے پہلے یا مابعد بنفشین کے لگانے سے گاہے نہایت تیز خراش اور جلن پیدا ہوجاتی ہے نیز اسکے استعمال سے جلد میں سختی اور تناؤ آجاتا ہے، اور کچھ عرصہ کے لئے جلد کی لچک کم ہوجاتی ہے۔ گاہے دورانِ عملیت میں جلد پر لگائی ہوئی بنفشین کے چھوجانے سے جوفِ شکم کے اندر کے نکلے ہوئے احشاء (باریطون، امعاء وغیرہ) سے رطوباتِ[لے] مصلیہ کا ترشح شروع ہوجاتا ہے پھر بعد میں یہ رطوبت منجمد ہوجاتی ہے، جس سے گاہے التصاقات بعد العملیہ[لے] پیدا ہوجاتے ہیں، یعنی رطوبت منجمد ہوکر امعاء وغیرہ کو آپس میں چسپاں کردیتی ہے +

۶۔ حامض مُر (تیزاب تلخ۔ پکرک ایسڈ) کا الکحولی محلول (۱۔فیصدی طاقت کا) زخموں کے اندر نفوذ کرنے کا خواص رکھتا ہے۔ اور اس کا استعمال بنفشین سے مشابہ ہے +

۷۔ محلول ہیرنگٹن[لے]، تطہیر جلد کے لئے امریکہ میں بہت مستعمل ہے جسکا نسخہ یہ ہے:۔

تجارتی الکحول[لے] (۹۴ فیصدی طاقت کا) ۶۴۰ مکعب سنٹی میٹر۔

لے گاز لے سیرس فلوئڈز لے پوسٹ آپریٹو اڈھیزنز لے ہیرنگٹنز سولیوشن لے کمرشل الکوہال +

تیزاب نمک (ہائڈروکلورک ایسڈ) ۶۰ مکعب سنٹی میٹر

پانی ۳۰۰ "

دارچکنہ (کروسیوبلی میٹ) ۸.۰ گرام (ماشہ)

۸۔ شحم مازو (اکتھیول)

اس میں گندھک کے عضوی مرکبات کے ساتھ ۱/۲ حصہ حلوین (گلیسرین) کا شامل ہوتا ہے۔ یا مرہم کی صورت میں بنا لیا جاتا ہے۔ ورم والتہاب میں تخفیف کرتی ہے۔

۹۔ حامض بورقی (بورک ایسڈ)۔

یہ نہایت ہلکی دافع عفونت دوا ہے۔ اسکا محلول مقطر پانی میں تیار [illegible] استعمال [illegible] تجاویف کو دھونے کیلئے استعمال کیا [illegible] التہاب کے ابتدائی درجات میں [illegible] اور متعفن زخموں میں بطور غسول کے بھی مستعمل [illegible]۔

۱۰۔ [illegible] (آئیوڈوفارم)

یہ [illegible] صورت میں یا سفوف کے طور پر تنہا یا حامض بورقی [illegible] کے ساتھ ہموزن ملاکر، عصیدہ (ئی) کی صورت میں تنہا یا [illegible] کے ساتھ، یا تجاویف کے اندر پچکاری لگانے کیلئے تحلب (شیرہ) صورت میں استعمال کیا جاتا ہے۔

استعمال سے پہلے اسے چند گھنٹے تک دارچکنہ ۱/۱۰۰۰ حصہ کے ساتھ رکھ کر مطہر بنا لینا چاہئے۔ خیال ہے کہ نمل بنفشئی (آیوڈوفارم) کے اندر سے

---

[1] آرگے تک [2] سپورٹیڈ سولیوشن [3] پلاسٹنگ آپریشنز [4] اِملشن۔

بنفشین (آیوڈین) بخار کی صورت میں نکلتی ہے۔ لہذا اسکا استعمال ورثلی[1] زخموں میں بالخصوص مفید ہے۔ یہ دوا بہت تیز ہے اور مقامی خراش وسوزش بلکہ سمیت تک پیدا کر دیتی ہے۔ اور بہت ہی تیز بدبودار بھی ہے۔

۱۱۔ **مائین حمض آمیز اعلی** (ہائیڈروجن پر آکسائڈ) (جلد اول صفحہ) زخم پر لگانے سے اس سے خالص مصنین (آکسیجن) نکل جاتی ہے۔ ... کاسٹ خالص اور نگا ہے ہلکا کرکے استعمال کرتے ہیں زخم ... جوف میں یہ نفوذ کر جاتی ہے اور اونھیں نہایت عمدگی سے صاف وستھرا کر دیتی ہے۔ اور خوبی یہ ہے کہ اس میں سمیت بالکل نہیں۔

بعض نوایجاد دافع عفونت ادویہ۔ انہیں خضرین (کلورین) اور النیلین[2] (انائے لین) کے قبیل کے اکثر مرکبات شامل ہیں۔ مثلاً خضر آمودا دنی (ہائپوکلورائٹز جلد اول صفحہ ۲۱۹)۔

ا۔ **خضرین (کلورین)** کا استعمال پہلے بہت کیا جاتا تھا، مگر اس میں خراش وسوزش بہت زیادہ تھی۔ اب نئے نئے طریقوں سے اسکی اصلاح کر دی گئی ہے۔

آجکل نہایت عام معمولات میں سے اس کے دو نسخے ہیں:۔

یوسال (جلد اول صفحہ ۲۲۷) اور

محلول وکن[3] (جلد اول صفحہ ۲۱۹)

یوپاد، یہ ایک سفوف ہے جس میں حامض بورتی (بورک ایسڈ) اور

---

[1] ٹوبرکولس [2] النیلین (انائے لین) ایک بے رنگ روغنی سیال ہے جو نیل اور قطران (کول ٹار) سے حاصل کیا جاتا ہے [3] ڈکن سولیوشن +

خشک سفوف مُبَیِّض (بلی چنگ پاؤڈر) ہموزن شامل ہیں، جن میں مجموعی طور پر کم از کم ۲۰ فی صدی خالص خُضرین (کلورین) موجود ہوتی ہے۔

یوسال بنانے کی ترکیب یہ ہے کہ مرکب مندرجۂ بالا (سفوف یوپا) کے ۲۵ قمحہ (گرین) میں تقریباً ۱۱۲ - تولہ (۱ - لیٹر) پانی ملا کر خوب ہلایا جائے، اور پھر اس محلول کو ایک گھنٹہ تک بلا حرکت رکھ کر چھان لیا جائے۔ استعمال سے پہلے یوسال کو پیالہ میں بھر کر اور ابلتے ہوئے گرم پانی میں رکھکر گرم کر لینا چاہیئے۔ تین ہفتہ کے اندر اسکے اثر میں چونکہ تخفیف ہو جاتی ہے لہذا اسے تازہ بنانا چاہیئے، جو بہ نسبت چھوٹے مطبوں کے بڑے شفاخانوں میں زیادہ آسانی سے ممکن ہے۔ اس سیال کا اثر خالص حامض خُضرانی اوّنی (ہائپوکلورس ایسڈ) کے باعث ہوتا ہے، جو اس میں بقدر ۲۷ فی صدی موجود ہوتا ہے۔

ذاتی کاموں اندر خانگی مطبوں میں استعمال کے واسطے دو قسم کے محلول علٰحدہ علٰحدہ شیشیوں میں تیار رکھنا چاہیئے۔ ایک تو سیال کلسیہ خُضرینی (لائیکر کیلسس کلوری نیٹی) کا محلول (جو دراصل سفوف مبیض (بلی چنگ پوڈر) کا ۱۰ فی صدی طاقت کا محلول ہوتا ہے)، اور دوسرا حامض بورقی (بورک ایسڈ) کا محلول مُشبع۔ ضرورت کے وقت پہلے محلول کے ۱۲۵ حصے لیکر اور پانی ملا کر اوسے ۵۰۰ حصے بنا لیا جائے۔ اور پھر اس میں دوسرے محلول (یعنے حامض بورقی کے محلول) کے ۲۵۰ حصے المضاعف کر دیے جائیں۔ اس طرح ملائے ہوئے محلول میں کلسیہ فحم آگین ثانی (بائی کاربونیٹ آف کیلشیم) موجود ہوتا ہے جسکے باعث یہ مرکب

---

[1] سفوف مُبَیِّض - رنگ کو اڑا کر سفید کر دینے والا سفوف (مبیض - سفید کرنیوالا)

محلول قلوی دکھاری ہوجاتا ہے۔

مندرجہ بالا محلول نہایت شدید دافع عفونت خاصیت رکھتا ہے اسمیں سمیت نہیں ہوتی، زخم کی ساختوں کے لئے مضر اثر نہیں رکھتا۔ مگر اِس سے جلد میں قدرے خراش پیدا ہوسکتی ہے۔ اِس سے لباس کی رنگت اوڑ جاتی ہے اودھبے پڑتے ہیں) اور ہاتھوں میں بھی بدبو رہجاتی ہے۔ اسکا استعمال صرف کھلے زخموں میں اوسوقت تک کرنا چاہیئے جبکہ زخم میں ازرار لحمیہ (انگور) نمودار ہوجائیں، اسکے بعد کسی دوسری دوار کا استعمال کرنا چاہیئے۔

محلول[1] ڈکن (نطرونیہ مخضر آمود آولی - یا ہیوکلورائٹ آف سوڈا) اور اُس کے دیگر اصلاح کردہ مرکبات، اور مغنیسیہ مُخضر آمیز (میگنیشیم کلورائڈ) وغیرہ بھی اسی قسم کی دوائیں ہیں (دیکھو جلد اول صفحہ ۲۱۹)۔

۲۔ الینیلین (اَینیلین) کے گردہ کے مرکبات دافعِ عفونت میں سی

فِلے وائن (جلد اول صفحہ ۲۲۶) - اور

اخضر نورانی (بریلی انٹ گرین) (جلد اول صفحہ ۲۱۴) نہایت کثرت سے مستعمل ہیں۔ انکا ایک حصہ سیال نمکینِ طبعی کے ہزار حصے میں محلول کرکے استعمال کیا جاتا ہے۔

فِلے وائن ساخت پر زرد رنگ کا دھبہ اور اخضر نورانی شوخ سبز رنگ کا دھبہ پیدا کردیتا ہے۔ اِنسے کمزور یا مردہ ساخت پر زیادہ تیز رنگ کا دھبہ پیدا ہوجاتا ہے۔

کارل ڈکن کا طریقۂ علاج (جلد اول صفحہ ۲۱۹) گزشتہ جنگ عظیم

---

[1] ڈکن سولیوشن ۔ نارمل سیلائن سولیوشن +

میں بہت مستعمل رہا، مگر اسکو اون اوستادوں کے بتائے ہوئے طریقہ کی پوری پابندی کرنا چاہیے۔

۳- عصیدۂ مارسیلن (جلد اول صفحہ ۲۲۳) - اس میں بسمت شورہ آگین ادلی (بسمتھ سب نائٹریٹ) ایک حصہ - نل بنفشی (آیوڈو فارم) دو حصے - اور پیرافین سیال (روغن شمین) ایک حصہ، یا بقدر ضرورت شامل ہوتے ہیں - یہ طریقہ جنگ عظیم میں بہت رائج تھا اور اسکی بہت سی ترمیم شدہ صورتیں مستعمل ہیں۔

۴- طریقۂ علامۂ رائٹ (جلد اول صفحہ ۲۲۸)۔

اسمیں نطرونیہ خضرآمیز (نمک طعام) کا محلول قوی (نمک بقدر ۵ فیصدی کے) استعمال کرکے زخم کی مائیت (مصل) کے ترشح کو تحریک دیجاتی ہے - محلول قوی سے زخم کو خوب دھویا جاتا ہے - یا خرقہ کو خوب تر کرکے زخم پر رکھا جاتا ہے، یا نمک کی ڈلیوں سے زخم کو بھر دیا جاتا ہے۔

علاج بجزم الملح (دیکھو جلد اول صفحہ ۲۳۲ و ۲۳۴ تا صفحہ ۲۳۷)۔

۵- طریقۂ ریڈنگ بیٔ سیلس

"علاج بجزم الملح" (زخم کے اندر نمک بھرنے کا علاج) میں تجربہ سے یہ پایا گیا کہ جو زخم اس علاج سے اچھی حالت میں آگئے، اون میں نہایت متعفن بو پیدا ہو جاتی تھی، اور ساتھ ہی ایسے زخموں میں ایک قسم کا غیر ہوائی غیر مرضی عصی (جرثومہ) ملا جسکی شکل بیضوی تھی اور وہ

۱؎ ارسین پیسٹ (بی آئی پی پیسٹ) ۲؎ سوڈیم کلورائڈ ۳؎ ہائی پرٹانک سالٹ سولیوشن ۴؎ ان ایروبک ۵؎ نن پیتھوجنک بے سیلس +

ذات[1] البذر (بذر دار) بھی تھا۔

چنانچہ طریقۂ ہذا کا اصول یہ کھا گیا کہ پہلے زخم کو ہر طرف سے بخوبی کھول کر اور خلائے زخم کو ہر طرف سے کھرچ کر مردہ ساختوں کو دور کر دیا جاتا ہے۔ اسکے بعد عصی ریڈنگ (ریڈنگ بے سیلس) کی مصنوعی کاشت زخم کے اندر لگائی جاتی ہے، جسکا اثر یہ ہوتا ہے کہ باقی ماندہ خراب اور مردہ ساختوں کو عصی مذکور تندرست ساختوں سے جُدا کر دیتا ہے، اور اس طرح انگور جلد بننے لگتا ہے +

مندرجۂ بالا مختلف طریقہ ہائے علاج دوران جنگ میں مستعمل تھے مگر سر دست اسباب کا فیصلہ کرنا مشکل ہے کہ اِنمیں سے کونسا طریقۂ علاج غیر جنگی زخم کے لئے مفید تر ہوگا۔ لیکن خواہ کسی طریقہ کا استعمال کیا جائے علاج میں کامیابی اور اچھے نتائج اُسیوقت حاصل ہو سکتے ہیں جبکہ ابتدائی علاج اور علاج مابعد میں پوری احتیاط برتی جائے اور پوری احتیاط یہی ہے کہ

(۱) تمام مردہ ساختوں کو زخم سے علیحدہ کر دیا جائے۔

(۲) زخم کے مواد و رطوبات کے بہاؤ کا بندوبست پورے طور پر کیا جائے۔

۲۔ موجودہ زمانہ کے فاضل مشہور جراح علامۂ شین[2] اپنی کامیابی کا دار و مدار ذیل کے طریقۂ علاج پر رکھتے ہیں:۔

(۱) پہلے جلد کے صاف کرنے کے لئے صابن اثیری (تھرلی

---

[1] اسپورنگ [2] شین (CHIENE) فاضل تشریح علمی و جراحیات جامعہ اڈنبرا۔ اسکاٹ لینڈ۔ جنکے افادات سے یہ بیان مقتبس ہے +

سوپ) سے دھوکر مقام ماؤف پر روح (اسپرٹ) لگانا چاہئے۔ اگر جلد بہت زیادہ چکنی (روغنی) ہو تو صابون اثیری لگانے کے بعد اور روح لگانے سے پہلے اثیر میں روئی کا پھایہ تر کر کے جلد کو اس سے صاف کیا جائے، تاکہ روغن جلد سے دور ہو جائے۔

(۲) زخم کی اندرونی فضاء (جسکے متعفن ہونے کا احتمال ہو یا جو متعفن ہو چکی ہو) کی تطہیر کے لئے ذیل کا محلول استعمال کرنا چاہیئے:-

مائینِ حمض آمیز اٹلی (ہائڈروجن پرآکسائڈ (۱۰ حجم)	۳۰۔ اوقیہ (اونس)
روحِ شراب (اسپرٹ وائنی)	۳۰ "
نمک طعام (سوڈیم کلورائڈ)	۵۰۰ تحہ (گرین)
آب مقطر مطہر	۹۰۔ اوقیہ (اونس)

استعمال سے پہلے اس محلول کو ہموزن پانی ملاکر ہلکا کر سکتے ہیں (تاکہ نمک بقدر نمکین کے ہو جائے) یا اسی محلول قوی کا استعمال کیا جا سکتا ہے۔

زیادہ دن تک رکھے رہنے سے یہ محلول خراب نہیں ہوتا اور اسکا استعمال اسکاٹ لینڈ اور فرانس میں نہایت کامیابی کے ساتھ ہو چکا ہے۔ غیر جنگی جراحات کے علاج میں بھی تجربہ سے یہ کامیاب ثابت ہو چکا ہے۔ اِسکے اثر سے نہایت سرعت کے ساتھ سُرخ و شوخ رنگ کے انگور (اریکہ-ازرار لحمیہ) نمودار ہو جاتے ہیں۔ اگر مریض زخم میں جلن ہونے کی شکایت کرے تو روح (خمر) (اسپرٹ) کی مقدار کو کم کردیا جائے جب داحس یعنی اخّل[1] بیڑہ کے پیدا ہونے کا اندیشہ ہو تو ہلکی روح خمر

[1] نارمل سیلائن سولیوشن۔ ۳۲ و ۳۳ +

سے ترکی ہوئی پٹی (ا حصہ روح شراب۔۲ حصے پانی) لگانا مفید ہوتا ہے۔
اسکو ڈھانکنے کے لئے واٹی[1] یا موم جامہ کا استعمال کرنا چاہئے۔

التہاب خلوی یا ورم فلغمونی (جلد اول صفحہ ۱۹۱) کی حالت میں
محلول اِکتھیال (شحم ماہی) و حلوین (گلیسرین) (۱۰ فیصدی طاقت کا)
نہایت مفید اثر رکھتا ہے۔

تازہ زخموں کی تطہیر کے لئے کوئی بھی دافع عفونت دوا استعمال کی
جائے، یہ امر قابل لحاظ ہے کہ جس ساخت کی قوت حیات باطل ہو جاتی
ہے اوس میں جراثیم کے بسرعت بڑھنے کا ایک خطرناک مرکز قائم ہو جاتا
ہے (یعنی ایسی مردہ ساخت میں جراثیم خوب پھلتے پھولتے ہیں)۔ لہذا تمام
مردہ ساخت کو باحتیاط تمام فوراً زخم سے کاٹ کر علیحدہ کر دینا نہایت
ضروری ہے۔

بیشتر دافع عفونت ادویہ کے فائدہ کا راز یہ ہے کہ اونمیں روح
شراب یا الکحل بطور قاعدہ[2] (بنیاد) کے شامل ہوتی ہے۔

علاوہ ازیں مختلف دافع عفونت ادویہ کے استعمال سے جو
فائدہ حاصل ہوتا ہے اوس میں نہ صرف دوا کی تاثیر کو دخل ہے، بلکہ اس
اثر میں جراح کی اُس احتیاط کو بھی دخل ہے، جو وہ برتتا ہے۔ جیسا کہ
مذکورہ بحث سے ثابت ہو چکا ہے۔

اعمالِ جراحیہ کی ابتدائی تیاریاں

تمام اقسام کے جراحی عملیات کے لئے نیز اتفاقی حادثات کی

---

[1] پروٹکٹو۔ واتی۔ [2] بے سس +

صورت میں جبکہ جلد میں تفرقِ اتصال واقع ہوگیا ہو اور جبکہ یہ احتمال ہو کہ زخم جراثیم سے آلودہ (ملوث) ہوچکا ہے۔ دستکاری کرنے سے قبل چند ابتدائی تیاریوں کی نہایت اہم ضرورت ہوتی ہے۔ اس قسم کی ابتدائی تیاریاں مستقل دار العملیۃ[1] میں تو باقاعدگی کے ساتھ بطور معمول کے ہمیشہ کی ہی جاتی ہیں، مگر جرّاح کو لازم ہے کہ انہیں اصول پر ہر قسم کے حالات میں ہر جگہ عمل پیرا ہونے کے لئے آمادہ و تیار رہے۔

اُبالنا یعنے کھولتے ہوئے پانی میں جوش دینا۔ یہ تطہیر (تعقیم[2]) کا محفوظ ترین اور یقینی طریقہ ہے۔ مگر مریض اور جراح کی جلد کی طہارت اس طریقہ سے کرنا ممکن نہیں۔ علاوہ ازیں مختلف قسم کے اعمال میں جو آلات وسامان کی ضرورت پڑتی ہے جوش دینے سے انکے خراب وتلف ہوجانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔

جلد کی تطہیر:۔ نشتر لگانے سے پہلے مریض کے مقام ماؤف کی جلد کی تطہیر ضروری ہے۔ جلد معمولی طور سے تو صاف ہوسکتی ہے، مگر صحیح معنوں میں جلد کی حقیقی اور یقینی تعقیم تقریبًا ناممکن ہے۔

دستکاری سے ایک روز پہلے ہی مقامِ ماؤف کی جلد کے بال صاف کردینے چاہئیں۔ پھر اس مقام کو صابون اثیری (اِتھیریل سوپ) سے خوب دھوکر اوسپر روح خشبی (مے تھی لیٹڈ اسپرٹ) کی پھُریری لگا دینا چاہیئے۔ پھر جب مریض کو میز پر لاکر لٹائیں، اوس وقت بھی اسی طرح جلد کو مطہر کرلینا چاہیئے۔

مسہل وحقنہ۔ دستکاری سے ایک دن قبل صبح کے وقت مریض

---

[1] آپریشن تھیٹر [2] اسٹری لائی زیشن +

کو روغن بید انجیر دیکر اوسکے معدہ اور امعاء کو صاف کر لینا چاہئے۔ اوسی روز شام کے وقت صابن کے نیم گرم پانی کا حقنہ بھی براہ مبرز کر دیں۔ بعض اطباء دستکاری کے دن سے پہلے شب کے وقت مسہل دیکر دستکاری کی صبح کو حقنہ کرتے ہیں۔ مگر اس میں یہ خرابی ہے کہ شب کو مسہل دینے سے مریض رات بھر بے آرام رہتا ہے۔

مریض کا ناشتہ۔ دارو‌ئے بیہوشی سنگھانے سے قبل اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ معدہ خالی رہے۔ مگر چونکہ مریض کا بہت دیر تک بھوکا رہنا بھی ہر حالت میں مضر ہے، اور اوس کی قوت مدافعت (مناعت) کو کمزور کر دیتا ہے، اسلئے مناسب یہ ہے کہ دستکاری کی صبح کو بہت سویرے مریض کو ہلکا سا ناشتہ (مثلاً چائے کے ساتھ ہلکی روٹی کا ٹکڑا، ثریدؔ[1]، یا ایسی ہی کوئی ہلکی چیز) دیدیا جائے۔

جب فوری دستکاری کی ضرورت لاحق نہو اور توقف ممکن ہو تو پہلے جراثیمی تلوث کے تمام ذرائع کو حتی الوسع تلاش کر کے مسدود کرنا چاہئے، تاکہ انجذابؔ[2] عفونت بند ہو جائے۔

جراح اور اوس کے معاونین کی تطہیر۔ پنجوں اور ہاتھوں کی تطہیر کہنی تک اوسی طریقہ پر کر لینی چاہئے جس طرح مریض کی جلد مطہر (پاک) کی جاتی ہے۔ اسکے بعد ایک لمبا اور ڈھیلا ڈھالا آستین دار مطہر جبہؔ[3] (عبا۔ جبہ) پہن لینا چاہئے، جسکی آستینیں کلائی تک پہونچیں۔ ہاتھوں میں مطہر دستانے (قفاز) اس طرح پہنیں کہ دستانہ کلائی کے مقام پر جلد کی آستین پر چڑھ جائے۔ جتنے آدمی زخم کے آس پاس ہوں اُن سب کے

---

[1] ثرید (گرول) شوربے میں بھیگی ہوئی روٹی۔ [2] سب ٹک ابزارپشن [3] جبّہ (گاؤن) +

سر، چہرے۔ منہ، ناک وغیرہ پر مطہر و عقیم ٹوپیاں اور نقاب پڑے ہوں۔
عقیم دستانوں کا پہنا ہر حالت میں ضروری ہے، کیونکہ جب ہاتھ ایک مرتبہ مواد و جراثیم سے ملوث ہو جاتے ہیں تو اُنکو پاک کرنا نہایت مشکل ہوتا ہے۔

آب جوش کردہ:- گرم اور ٹھنڈے پانی کی ضرورت ہر عمل میں بکثرت ہوتی ہے۔ لہذا جب فوری اعمالِ جراحیہ کرنے ہوں، یا جب خانگی مکانات میں عملیت کی ضرورت ہو تو پہلے سے پانی خوب جوش دیکر اور ٹھنڈا کرکے رکھ لیا جائے۔ اسی طرح کھولتا ہوا پانی دورانِ عملیت میں ہر وقت تیار ملنا چاہیئے، تاکہ گرم پانی کو ٹھنڈا کرنے کے لئے اوس میں حسب ضرورت جوش دیا ہوا ٹھنڈا پانی ملایا جا سکے، اور جس درجہ گرم یا ٹھنڈے پانی کی ضرورت ہو، وہ بنایا جا سکے۔

ظروف جراحیہ، پیالے وغیرہ۔ ان سب کو گرم پانی میں جوش دیکر لیزول (لائے سال) کے ہلکے محلول سے دھو لینا چاہیئے۔ پھر انہیں ذرا سا روح الخمر ڈالکر اوس میں دیا سلائی سے آگ لگا دیں۔ بڑے شفاخانوں میں پاک کرنے کے لئے اِنکو مخصوص بڑے (حوض[1]) میں اوبال لیتے ہیں۔

دار العملیۃ (دستکاری کا کمرہ)۔ تمام غیر ضروری سامان اور اثاث البیت دستکاری کے کمرے سے علیحدہ کر دینا چاہیئے۔ پردے اور آرائشی سامان و تصاویر سب نکال دیے جائیں۔ دریاں اور فرش سب ہٹا کر زمین کو خوب دھو لینا چاہیئے۔ پھر اوس پر مطہر چادروں یا کاغذ کا فرش کر دیا جائے۔ اگر ممکن ہو تو اس قسم کی تمام تیاریاں ایک دن پہلے مکمل

---

[1] حوض۔ ٹینک۔

کرلی جائیں۔ علی ہذا کمرہ کو نلین (فارملین) کے بخارات کی پچکاری سے بھی بلا کسی نقصان کے مطہر کیا جاسکتا ہے +

آلات جراحیہ۔ بیشتر آلات کو اوبال کر جوش دینا چاہیئے۔ اوبالتے وقت اگر پانی میں قدرے نطرونیہ (سوڈا) ملا دیا جائے تو اس سے آلات زنگ آلود نہیں ہوتے۔ یا آلات کو پانی میں اسوقت ڈالیں جبکہ وہ پورے طور پر کھولنے لگے۔ مگر موخرالذکر ترکیب کانچ کی چیزوں کے لئے ممکن نہیں؛ کیونکہ اس طرح گرم پانی میں ڈالنے سے کانچ ٹوٹ جائیگا۔ جوش دینے سے آلات کی دھار بھی کند ہو جاتی ہے۔ لہذا تمام دھار دار آلات کی تطہیر کی ترکیب یہ ہے کہ انکو بجائے اوبالنے کے، نصف گھنٹہ تک لیزول (لائیسال) یا روح الخمر کے اندر چھوڑ دیا جائے +

مرہم پٹی، اور لباس وغیرہ۔ پٹی، روئی، خرقہ، تولیہ، چغے، نقاب، ٹوپیاں، چادریں، وغیرہ وغیرہ کو مخصوص طریقہ پر بھاپ[1] اور دباؤ (بخار تحت الضغط) کے ذریعہ سے مطہر کیا جاتا ہے۔ پھر ان چیزوں کی تری کو گرم ہوا سے مخصوص طریقہ پر خشک کر لیا جاتا ہے۔

جب مندرجۂ بالا ترکیب ممکن نہ ہو تو ان سب چیزوں کو جوشدیکر اوبال لینا چاہیئے۔

تطہیر خیوط جراحیہ[2] (ٹانکے)۔

(۱) وتر الہر (بلی کے تانت[3]) جو آلات فروش دکانداروں سے خریدی جاتی ہے، اوس کی چربی پہلے نکالدی جائے، پھر تانت کو کانچ

---

[1] فارملین (نلین)، ایک مانع عفونت دوا ہے۔ [2] اسٹیم انڈر پریشر۔ [3] سیوچرز۔
[4] کیٹ گٹ (وتر الہر) جو بھیڑ وغیرہ کی آنت سے بنائی جاتی ہے +

کی جزخیوں (ڈبکرہ[1]) پر لپیٹ لیا جائے۔ یا اس سے بھی بہتر یہ ہے کہ بلا جزخیوں کے ڈھیلے طور پر اِنکی گول لچھیاں کر لی جائیں۔ اِنکی تیاری (تطہیر) کی ترکیب یہ ہے کہ انکو خالص الکحل میں کئی دن تک بھگویا جائے، پھر انکو ایک پیالی میں رکھکر آبِ گرم میں دباؤ کے ساتھ نصف گھنٹہ جوشدیا جائے جب تانت اسطرح تیار ہو جائے تو اسکو محلول ذیل میں محفوظ رکھا جائے

دار چکنہ (سلیمانی۔ کروسیو سبلائی میٹ) ۱ حصہ۔ خالص الکحل ۲ ہزار حصے۔ حلوین مصفے (گلیسرین) ۲۰ فیصدی کی مقدار کے حساب سے۔ (حلوین کی آمیزش سے تانت نرم اور لچکدار رہتی ہے، اور اوس میں سختی باقی نہیں رہنے پاتی۔

وتر (تانت) کو پاک صاف اور تیار کرنے کی اور بھی متعدد ترکیبیں ہیں، مثلاً تانت کو محلول[2] بنفشین الکحلی یا محلول[3] بنفشین آبی کے اندر بھگوکر رکھا جائے۔ مگر محلول آبی میں رکھنے سے تانت کے سڑجانے کا خطرہ رہتا ہے +

چونکہ معمولی وترالہر (کیٹ گٹ) کے بہت جلد جذب ہو جانے کا اندیشہ رہتا ہے، اور بعض اوقات اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ وہ دیر تک باقی رہے، اسلئے بعض جراح وترِ مُتَبَّغ (کرومی سائزڈ کیٹ گٹ) استعمال کرتے ہیں جو جلدی جذب نہیں ہونے پاتی۔

دورانِ عملیہ میں تانت کو جسقدر کم ہاتھ لگایا جائے گا اوسیقدر وہ زیادہ پاک صاف (مطہر و عقیم) رہے گی۔ یعنے فضول دست مالی سے

---

[1] اسپول (ڈبکرہ)۔ [2] الکوہولک ایوڈین سولیوشن۔ [3] واٹری سولیوشن آف ایوڈین +

پرہیز کرنا چاہیے۔

(۲) وتر دُودِ القز[۱] (ریشمی کیڑے کے تانت)

اِسکو اوزاروں کے ساتھ گرم پانی میں جوش دیکر مطہر کرسکتے ہیں۔

(۳) خیطُ القز[۲] (ریشمی ڈورے)۔

اور سوت کے ڈورے[۳]۔

اِنکو چرخیوں پر لپیٹ کر اور نصف گھنٹہ تک اوبال کر فوراً استعمال کرسکتے ہیں، یا آیندہ استعمال کے لئے حامض قطرانی (کاربولک ایسڈ) (۱-حصہ۔ ۲۰-حصے میں) میں محفوظ رکھ سکتے ہیں۔

(۴) گھوڑے کے بال (شَعرُ الخَیل)

انہیں پہلے نطرونیہ فحم آگین ثانی (بائی۔کاربونیٹ آف سوڈا) کے محلول میں اور پھر محلول لیزول (لائی سال) میں دھونا چاہیے، اِسکے بعد حامض قطرانی (کاربولک ایسڈ) (۱-حصہ۔۲۰ حصے میں) میں محفوظ رکھ لیں۔ اوبالنے سے یہ اکثر کمزور ہوجاتے ہیں اور گرہ لگاتے وقت ٹوٹ جاتے ہیں۔

دستانوں کی تطہیر:-

اِنکو پہلے اُلٹ کر (یعنی اندرونی سطح کو باہر کرکے) کھریا مٹی وغیرہ کا سفوف ان پر چھڑک دینا چاہیے۔ پھر دباؤ کے ساتھ بھاپ (بخار تحت[۴] الضغط) کے اندر دیکر انکو مطہر (عقیم) کرلیں۔ یا اِنکو اوبال لیا جائے مؤخر الذکر حالت میں اِنکو پہننے کی ترکیب یہ ہے کہ پہلے ہاتھوں کو روح (اسپرٹ) اور حلوین (گلیسرین) کے ہموزن محلول میں ترکرکے چکنا کرلیں

[۱] سلک وارم گٹ [۲] سلک تھریڈ [۳] لینن تھریڈ [۴] اسٹیم انڈر پریشر

اور پھر دستانے پہنیں۔

ناخن صاف کرنے کے شعریہ (برش) کی تطہیر اونکو اوبال کر کریں۔

اخراج مواد یا زخم کا بہاؤ قائم کرنے کی ترکیب:۔ زخم کا بہاؤ ربر کی نلکیوں (انابیب) یا شیشہ کی نلکیوں کو زخم یا ناصور کے اندر رکھکر قائم کیا جاتا ہے، تاکہ انکے ذریعہ سے رطوبت و مواد خارج ہوتا رہے۔ جب شریانیں کھلی ہوئی ہوں تو ربر کی نلکیوں کو اونسے متصل نہیں رکھنا چاہئے، بلکہ ربر کی نلکیوں کو حلقہ نا صورت میں لپیٹ کر فضائے زخم میں ٹھونس دینا بہتر ہے۔ شیشہ کی نلکیاں عموماً جوف عانہ سے اخراج مواد کے لئے لگا دی جاتی ہیں۔ جب جوف عانہ میں ایسی نلکیاں لگائی جائیں تو اونکو اکثر ہلاتے رہنا چاہئے۔ تاکہ ثربؔ[1] یا امعاء صغار (چھوٹی آنتوں) کا کوئی حصہ اون میں نہ پھنس جائے۔ جب شیشہ[2] کی نلکی (انبوبہ زجاجیہ) زخم میں رکھی جائے تو ۴۸ گھنٹے کے بعد اوسکو نکالکر اوس کے بجائے ربر کی نلی رکھدینی چاہئے۔ چونکہ شیشہ کی نلکی اندر رکھنے میں جوف عانہ کے احشار کو صدمہ پہونچنے کا اندیشہ ہوتا ہے اسلئے اوسکے بجائے خاردار ربر کا حلقہ بناکر رکھنا بہتر ہے۔ اس سے اخراج مواد بھی بخوبی ہوتا رہتا ہے، اور اس میں وہ خطرات بھی نہیں ہیں جو شیشے کی نلکی کے استعمال سے ہوسکتے ہیں۔

مواد خارج کرنے کی بہترین ترکیب یہ ہے کہ اصلی زخم کو بند کرنے کے بعد علیحدہ شگاف دیکر سوراخ کرلیا جائے، اور اوس کی راہ سے زخم کو دھویا جائے۔ جب نلی رکھی جائے تو اوسکو جسقدر جلد ممکن ہو

---

[1] اومنٹم (ثرب) [2] گلاس ٹیوب +

ہٹا لینا چاہئے۔ اگر عمل جراحی کا بنایا ہوا زخم پیپ سے ملوّث ہو گیا ہو تو اوسکو روح (اسپرٹ) سے بخوبی دھونا چاہئے، اور ایک سطحی ۵۱ بتّی بھی رکھدینا چاہئے ۔

عملیت کے بعد متلی اور قَے آئے تو قدرے نطرونیہ فحم آگین ثانی (سوڈا بائی کاربوناس) ملا کر بہت سا پانی پلا دینا چاہئے۔ یہ پانی عموماً قے کے ذریعہ خارج ہوجایا کرتا ہے مگر اس سے پیٹ میں ربر کی نلی داخل کرکے معدہ کو دھونے کی ضرورت باقی نہیں رہتی ہے ۔

اگر متلی اور قے زیادہ شدید ہو تو ہلکے محلّول ۵۲ کاندی سے شکم کو اندرونی طور پر دھو دینا چاہئے۔اس سے عموماً فائدہ ہوجاتا ہے ۔

درد۔ اگر عملیت کے بعد درد زیادہ ہو تو $\frac{1}{12}$ قمحہ (گرین) ہیرائن (انیون کا ایک جوہر) کی تحت الجلد پچکاری کردینا چاہئے ۔

اگر عمل جراحی کے بعد استرخا را معاء کے باعث پیٹ ہوا سے پھول جائے تو احتقان ’برزی (حقنہ) کردینا چاہئے۔ بیشتر حالات میں تو اسبات کے لئے سادہ حقنہ کافی ہوا کرتا ہے۔ مگر اس سے کامیابی نہو تو روغن تاربین، نوشادریہ (ایمونیا) یا راب یا گڑ کے شیرہ کا حقنہ کرنا چاہئے۔ اور ساتھ ہی نخامین (پچوٹرین یعنی جوہرِ غدۂ نخامیہ) کی تحت الجلد پچکاری کردینی چاہئے، تاکہ امعاء کی حرکتِ دودیہ میں تحریک پیدا ہوجائے ۔

---

۵۱ سوپر فیشیل ڈرین ۔

۵۲ کانڈیز فلوئیڈ ۔

ضرب و آفت کی عام اثرات

وہ عمومی عوارض جو جروح سے پیدا ہوتے ہیں

جراحت یا ضرب کے عام بدنی اثرات مندرجۂ ذیل ہیں۔

غشی۔ صدمہ۔ ہذیان۔ شحمی سدہ۔

سب کی تفصیل ذیل میں درج کی جاتی ہے۔

غشی[1] بیہوشی

دماغ کے دوران خون میں کمی واقع ہونے کے باعث جب بڑے اور اعلیٰ عصبی مراکز (مثلاً دماغ) کے افعال میں خلل پیدا ہوجاتا ہے۔ تو اسکا نتیجہ غشی (بیہوشی) کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے +

غشی میں قلب کی حرکت کمزور ہوجاتی ہے۔ نبض ضعیف چلتی ہے۔ چہرہ کا رنگ پھیکا پڑجاتا ہے۔ پیشانی پر پسینہ کے قطرات آجاتے ہیں۔ ایسی حالت میں اگر مریض کو سہارا دیکر سنبھالا نہ جائے تو وہ لڑکھڑا کر گرجاتا ہے +

بعض اوقات ناگہانی رنج وغم یا دماغی وخیالی صدمہ۔ خونی نظارہ یا محض خون کا دیکھ لینا، خبر بد کا سُن لینا وغیرہ نفسانی اسباب ہوتے ہیں۔ جو جذباتِ نفس پہ گہرا اثر کرکے سببِ غشی بن جاتے ہیں۔ شدید

---

[1] سنکوپ +

ناگہانی درد اور سیلانِ خون غشی کے عام اسباب میں سے ہیں +

عموماً غشی کے بعد مریض خود بخود جلد ہی سنبھل جاتا ہے۔ اور غشی کی حالت دور ہو جاتی ہے + حالتِ غشی میں مریض کو چت آرام سے لٹا دینا چاہیئے۔ اس طور پر کہ اُس کا سر قدرے نیچا رہے ، تاکہ دماغ کی طرف خون کا دوران زیادہ مقدار میں ہو سکے۔ گریبان۔ گلوبند، اور گردن کے قریب کے کپڑوں کو فوراً کھول کر ڈھیلا کر دینا چاہیئے۔ تاکہ اوپر کی طرف خون کے جانے میں، اور تنفس کی آمد و رفت میں کوئی دقت نہ رہے۔ اُسکے منہ پر سرد پانی کے چھینٹے مارنے چاہئیں اور ہوش لانے والی دوائیں (مثلاً نوشادر[1] یہ فحم آگین[2] اور دوسرے سونگھنے کے نمکیات[3]) اور نخلخے وغیرہ سُنگھانے چاہئیں +

اگر علامات سے یہ معلوم ہو کہ غشی طاری ہونے والی ہے۔ تو مریض کے سر کو فوراً خوب جھکا کر اُس کے گھٹنوں کے درمیان لے آئیں، حتیٰ کہ اُسکے چہرے کی زردی سُرخی سے تبدیل ہو جائے + گاہے شدید غشی کے ساتھ موت بھی آجاتی ہے +

صدمہ

صدمہ۔ اصطلاحی طور پر اُس حالتِ ضعف کا نام ہے جسمیں مبدأ[4] النخاع کا مرکز تحریک عروق اپنے طبعی فعل کے جاری رکھنے پر قادر نہیں رہتا +

---

[1] ایمونیا کاربونیٹ۔ [2] اسمے لنگ سالٹس [3] میڈلا آبلانگیٹا۔ [4] واسو موٹر سنٹر +

اسباب۔ صدمہ کے اسباب گا ہے ایک، اور گاہے چند اکٹھے ہوتے ہیں۔ اسکے چند اسباب مندرجہ ذیل ہیں۔ درد شدید آفات آلیہ[1]۔ خون کا کم ہو جانا۔ آگ یا پانی سے جل جانا۔ سمیات کا بدن میں جذب ہو جانا۔ اعمال جراحیہ۔ نظام عصبی کے مرکزی حصے میں آفت کا پہونچنا۔ دفعۃً کسی نفسانی کیفیت کا جوش میں آنا +

بھوک، تکان، ضُعفِ قویٰ، شدید سردی، وغیرہ کی صورتوں میں صدمہ کی حالت جلد اور بآسانی پیدا ہو جاتی ہے +

ماہیت۔ صدمہ کی ماہیت کے متعلق مختلف نظریے (خیالات) پیش کئے جاتے ہیں۔

بعض محققین کا خیال ہے کہ شریانیں اور وریدیں پھیل جاتی ہیں، جس سے صدمہ کی صورتِ خاص واقع ہوتی ہے۔

دوسرے محققین کا خیال ہے کہ شریانیں نہیں پھیلتی ہیں، بلکہ یہ سکڑ جاتی ہیں۔

اُن حالتوں میں جبکہ بدن کی ساختیں (خصوصاً عضلات) شدت سے پھٹ جاتے ہیں، تو موادِ لحمیہ (لحمہ حیوانیہ) کے جذب ہو جانے سے صدمہ کی صورت پیدا ہوتی ہے +

جب دورانِ صدمہ میں خون کا طبعی حجم و مقدار یکلخت گھٹ جاتے ہیں تو اس حالت کو قِلّۃُ الدَّم (خون کی مقدار کا گھٹ جانا) کہتے ہیں، جو مرض فقر الدم یا سوء القنیہ سے بالکل مختلف ہے، کیونکہ فقر الدم اور سوء القنیہ میں خون کے خواص اور اجزاء بدل جاتے ہیں +

[1] میکانیکل انجریز Mechanical Injuries (Mechanical injuries) ادیکی یا Accidental ...

علامات - صدمہ جس قدر زیادہ شدید ہوتا ہے اوسی قدر زیادتی
، ساتھ شریانوں میں خون کا طبعی دباؤ کم ہوجاتا ہے:
مریض کی حالت نہایت مضمحل (نڈھال وکمزور) ہوتی ہے، اُسکا
ک فق ہوتا ہے، جلد پسینہ سے تر ہوتی ہے، اور بدن سرد معلوم ہوتا
ہے، خاصکر پیشانی پر پسینہ زیادہ ہوتا ہے، نبض ضعیف اور متواتر (سکون
کرنے والی) چلتی ہے، تنفس گہرا نہیں لیا جاتا ہے، بلکہ سانس اُکھڑا ہوا
تا ہے، بدنی حرارت معمولی درجہ سے کم ہوجاتی ہے، مریض اپنی اندیشہ ناک
لت کا اندازہ خود نہیں کرسکتا، پیاس کی شدت بجھانے کے لئے وہ
واتر پانی مانگتا رہتا ہے، اور اسکے سوا اُسے اور کسی بات کا چنداں
یال نہیں رہتا +

علاج

دم بالحفظ | صدمہ کی حالت پیدا ہوجانے سے پہلے تقدم بالحفظ کی تدبیریں
سبتاً آسان اور زیادہ کارگر ہوتی ہیں، لھذا اعمال جراحیہ (دستکاریوں)
ے پہلے مریض کو زیادہ سخت مسہل دینے سے، اور اُسے عرصہ تک بھوکا
کھنے سے پرہیز کرنا مناسب ہے، پانی اور دوسری سیال چیزیں
ریض کو بکثرت نہایت آزادی کے ساتھ دینی چاہئیں۔ اوسکی تشویش رفع
رنے کے لئے اوسکی تسلی وتشفی کرنی چاہئے، دستکاری شروع کرنے سی
ن گھنٹہ پہلے اوسے جوہر افیون (افیونین) اور جوہر بیروج (بیروجین)
ا پچکاری جلد میں لگا دینا مناسب ہے تاکہ دارو بیہوشی (نل اخضر)
م مقدار میں دینا پڑے اور بیروجین کے اثر سے تنفس بھی ضعیف نہ ہونے

ہ بیروفائی لیکسس۔ ے مارفیا۔ افیونین۔ اےٹروپین۔ بیروجین۔ ےکلوروفارم +

پائے + جب تک مریض دار العملیہ[1] (دستکاری کی جگہ) میں رہے گرم پانی کی بوتلیں اوسکے پاس رکھکر حرارت پہونچانا چاہیئے، مگر جب وہ بیہوشی کی حالت میں وہاں سے دار المرضیٰ[2] (مریضوں کے آرام کی جگہ) میں اپنے بستر پر لایا جائے، تو گرم پانی کی بوتلیں ہٹالی جائیں، اور اوسوقت تک دوبارہ نہ رکھی جائیں جب تک کہ وہ بخوبی ہوش میں نہ آجائے۔

دورانِ دستکاری میں اسبات کا خیال رکھنا نہایت اہم اور ضروری ہے کہ دستکاری نہایت نرمی کے ساتھ اور ہلکے ہاتھوں سے بسرعت تمام چستی و چابکدستی سے کی جائے +

مقامی[3] اور عمومی مخدرات (سُن اور بے ہوش کرنے والی دواؤں) کے استعمال سے مریض کے عصبی احساس وادراک کو کم کرنا پڑتا ہے۔ مگر اتنا ضرور ہے کہ جب مقامی اور عمومی دونوں مخدرات کا استعمال کیا جاتا ہے تو دستکاری میں زیادہ دیر لگتی ہے + جب صدمہ کا زیادہ اندیشہ ہو یا جب کوئی اہم دستکاری زیادہ وقت کی طالب ہو تو تقویت کے لئے مریض کو سیال نمک پچکاری کے ذریعہ دینا چاہیئے خواہ پچکاری ورید میں لگائی جائے یا جلد کے نیچے کی جائے + اسی طرح صدمہ کو کم کرنے کی غرض سے بعض اوقات بجائے داروئے بیہوشی دینے کے مریض کو مقامی یا نخاعی[4] مخدّرات (حرام مغز کو بے حس کرنے والی دوائیں) دیدینا مفید ہوتا ہے۔ جسکی پچکاری حرام مغز کے اندر کی جاتی ہے،

[1] اپریٹنگ تھئیٹر [2] بے شنٹ وارڈز [3] مقامی مخدر جیسے کوکین کی پچکاری سے ایک خاص مقام کی جلد کو بے حس کرنا۔ اور عمومی مخدر جیسے دوائے بیہوشی سے مریض کے تمام بدن کے احساس کو باطل کردینا [4] اسپائنل انس تھی زیا +

اعمل سے متعلقہ اعصاب بے حس ہو جاتے ہیں، اور مریض کے ہوش
رہتے ہیں +
(۲) جب صدمہ کی حالت طاری ہو چکی ہو تو اصول علاج یہی
ہ کسی صورت سے مریض کو اس عارضی اور خطرناک حالت میں تقویت
پاکر سنبھال لیا جائے +
مریض کے دوران خون کے دباؤ کو بڑھانے کی کوشش کرنی چاہیئے۔
ن و آرام دینا اور گرمی پہونچانا چاہیئے۔ جوہر افیون کی پچکاری جلد کے
نیچے دینا اور گرم گرم قہوہ کی پیالی پلانا مفید ہوگا۔ حمضین[1] نسنس کے
سطے دینا چاہیئے۔ پیروں اور ہاتھوں میں پٹیوں کی بندش لگائیں
نیچے کی طرف سے شروع کر کے اوپر تک پہونچائی جائے، تاکہ ہاتھ پاؤں
ون خالی ہو کر نواح قلب میں داخل ہو جائے اور اس سے قلب
اغ دوران خون میں تقویت پہونچے +
سیال نمکین[2] طبعی یا معتدل (ایک چمچہ یا چار ماشہ نمک طعام
ہ تولہ پانی میں حل کر کے) بصورت حقنہ معائی مستقیم میں، یا جلد کے
ہ اوردی پچکاریوں کے ذریعہ سے مریض کو دینا چاہیئے۔ مؤخرالذکر
نوں صورتوں میں سیال نمکین کو گرم کر کے ۱۰۵ درجہ کی حرارت میں
داخل کرنا چاہیئے، کیونکہ اس درجہ کا سیال داخل بدن ہونے تک
ربھی ٹھنڈا ہو جائیگا، اور اسکا درجۂ حرارت تقریبًا بدن کے درجۂ
رت تک پہونچ جائیگا +
مندرجۂ بالا محلول نمک تیار کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ اسے کانچ کی

---

[1] آکسیجن۔ [2] نارمل سیلائن سولیوشن +

صراحی میں تیار کیا جائے۔ نمک کو اس برتن میں داخل کرکے آب مقطر مطہر (جراثیم سے پاک) بقدار مندرجۂ بالا ملا دیا جائے اور دونوں کو خوب حل کر لیا جائے۔ استعمال سے پہلے اس سیال محلول کو بطریقۂ مقررہ حرارت پہونچا کر بخوبی پاک صاف کر لینا چاہئے۔ سیال عموماً ۵ء۷ یا ۹ء فیصدی استعمال کیا جاتا ہے +

سیال نمکین کی جلدی پچکاری اسکی تیاری میں تین چیزوں کی ضرورت پیش آتی ہے:- (۱) ایک قیف نما کانچ کا ظرف (قمع۔ قیف) (۲) ربر کی نلی۔ (۳) ایک بڑی سوئی۔ سیال نمکین کو ظرف مذکور میں ڈالکر ربر کی نلی میں سوئی پہنا کر اسکی پچکاری کی جاتی ہے۔ پچکاری کے لئے مناسب مقام سینہ کا مقام (قسم صدری[1]) ہے۔ گاہے بغل اور دیگر مقامات پر بھی یہ پچکاری دیجاتی ہے۔ سینہ میں جلد کے نیچے گاہے دونوں طرف بیک وقت دیجاتی ہے۔ جبکہ شیشہ کی نلی اس قسم کی موجود ہو، جو صراحی میں لگ سکے اور اسکے ساتھ دونوں سوئیاں لگ جائیں۔ ورنہ دونوں طرف یکے بعد دیگرے پچکاری لگاتے ہیں +

سیال نمکین کی پچکاری وریدیں یہ طریقہ اگرچہ نہایت سریع الاثر ہے مگر یہ وقتی اور عارضی اثر رکھتا ہے۔ اس کے لئے نہایت مناسب مقام کہنی کے سامنے کی وریدیں (ورید قیفالی[2] متوسط، ورید باسلیقی[3] متوسط) ہیں۔ پہلے بازو پر ایک پٹی یا ربر کی نلی باندھ کر اور ان وریدوں کو خوب پھلا کر واضح کر لینا چاہئے۔ ربر کی نلی کو بآسانی کھول لینے کے واسطے یہ ترکیب خوب ہے کہ اسکو بازو کے گرد لپیٹ کر اسکے دونوں سرے

---

[1] پکٹورل ریجن [2] میڈین سیفے لک وین [3] میڈین بیزیلک وین +

ـب چمٹے (کلاٹ) سے پکڑ لئے جائیں۔ اگر بازو پر پٹی باندھ دینے کے بعد
ں رگیں خوب اچھی طرح ابھر نہ آئیں، تو انکو پھُلانے کے لئے انگلیوں
، لیکر اوپر کہنی کے قریب تک پٹی کی بندش باندھ دیجائے۔ اسکے بعد
ں کے مقام کو غسولات مطہر (پاک کرنے والی سیال چیزوں)
ے دھوکر اور پاک صاف کرکے پھولی ہوئی رگ کے اوپر کی جلد میں
گاف لگائیں اور ورید کو واضح کریں۔ پھر اس ورید کو اوپر اوٹھاکر
س کے گرد دو حلقہ (بند) ریشم کے صاف و پاک تاگے لگالئے جائیں
صرف نیچے کے حلقہ میں گرہ لگادی جائے اور اسے کس دیا جائے
ر اوپر والے حلقہ کو کھُلا اور ڈھیلا چھوڑ دینا چاہئے، تاکہ تھوڑی دیر
ے بعد وہ بھی کسا جاسکے، اب نیچے کے حلقہ کے سروں کو قدرے اوپر
ینچکر ورید کو تان لیا جائے اور پھر تیز نوکدار باریک خمیدہ قینچی سے
ید کو اوس کے طول میں کھول لیا جائے۔ اس طرح ورید میں سوراخ
ـکے سیال نمکین کی نلکی کے سرے کو اوس میں داخل کرلیا جائے
ں کو داخل کرتے وقت اوس کے اندر سے سیال نمکین کو بہنے دیا
ئے، تاکہ اندر کی ہوا کے بلبلے خارج ہوجائیں، اور پھر قریب دس
ارہ چھٹانک (۵۲ تولہ) سیال نمکین ورید کے اندر داخل ہونے
جائے۔ پھر نلکی ورید کے سوراخ سے نکال لی جائے اور اوپر والے
گے کے حلقہ کے سروں میں گرہ لگادی جاوے +

گا ہے سیال نمکین میں نوشق الکلوین خضر آمیز (نوشق الکلوین جو
ہ کردہ) کے پانچ قطرے ملالئے جاتے ہیں۔ جسکی قوت ایک فی ہزار ہو +

ہ کلیمپ ملہ ایڈرنالین کلورائڈ +

یا جو ہر غدۂ نخامیہ (نخامائین[1]) کی پچکاری بھی جلد کے نیچے کر دیجاتی ہے +

مگر سیال نمکین کی وریدی پچکاری کے اثر سے دورانِ خون کے دباؤ میں جو زیادتی ہوجاتی ہے، وہ محض عارضی ہوتی ہے، کیونکہ پچکاری کیا ہوا سیال خون سے نکلکر جلد ہی دوسری ساختوں میں منتقل ہوجاتا ہے، اور اگر سیال کثیر مقدار میں دیا جائے تو گاہے پھیپھڑے کی ساخت میں بھی پہونچ جاتا ہے۔ اسلئے بہتر یہ ہے کہ وریدی پچکاری کی صورت میں بیک وقت بہت بڑی مقدار نہ داخل کی جائے، بلکہ تھوڑی تھوڑی مقدار کچھ وقفہ دے دے کر دی جائے (ایک وقت میں ۳۵ تولہ سے زیادہ مقدار نہیں دینا چاہئے) +

محلول[2] نمکین قوی نمکیاتِ کلس[3] اور کھاری[4] پچکاریاں یہ تینوں چیزیں سیال نمکین معتدل (مذکور) سے زیادہ مفید نہیں ہیں۔ اس مقصد سے کہ خون کی رگوں میں اس طرح داخل کیا ہوا سیال رگوں سے نکلکر دوسری اردگرد ساختوں میں جانے نہ پائے، بعض دیگر قسموں کے سیالات پر بھی تجربہ کیا گیا ہے۔ مثلاً ۹، فیصدی قوت کے سیال نمکین میں ۶ فیصدی قوت کا محلول صمغ عربی (گوند ببول) ملا دیا جاتا ہے (صمغ عربی کا محلول بھی آب مقطر میں تیار کیا جائے) +

اوپر جو تدابیر درج کی گئی ہیں، وہ صدمہ کی سادہ اور معمولی حالتوں کے لئے ہیں۔ مگر جب صدمہ کے ساتھ کثیر مقدار میں خون خارج ہوا ہو (نزلیف) تو بجائے سیال نمکین کی پچکاری کے مریض کے جسم میں

[1] نخامائین - پیچوٹرین [2] ہائی پرٹانک سیلائن سولیوشن [3] کیلشیم سالٹ [4] الکلائن انجکشن +

وسرے انسان کا خون بھی داخل کرنا پڑتا ہے۔ اس عمل کو

"نقل الدم" کہتے ہیں +

نقل الدم کے لئے خون دینے والے (معطی) کے انتخاب میں دو ضروری

توں کا خاص لحاظ لازم ہے +

اول تو یہ کہ "معطی" اور مریض دونوں کے خون کے درمیان مغایرت

منافات (کیمیاوی اختلاف) موجود نہیں ہونا چاہئے، بلکہ ایسے شخص کا

ن لینا چاہئے جو مریض کے خون کے ساتھ ملکر بخوبی حل ہو جائے

دوئم یہ کہ خون دینے والا شخص ایسے امراض سے پاک ہو جو متعدی

ر قابل انتقال ہیں، مثلاً آتشک، تپ موسمی وغیرہ ورنہ اوس کے خون

ا مادۂ مرض مریض میں بھی منتقل ہو جائیگا +

جب مریض و معطی کے خون کے درمیان مغائرت موجود ہوگی

ایسا خون مریض کے جسم میں داخل کرنے سے بعض عوارض، مثلاً ضعف

بی، بول احمر دموی (جس میں خون کی سرخی ملی ہوئی ہوتی ہے) یرقان

رموت تک واقع ہونے کا احتمال ہے +

نقل الدم کا عمل نہایت نازک ہے، اس لئے تجربہ کار ماہر ہی اسکو

بلا خوف و خطر کر سکتا ہے کس شخص (معطی) کا خون مریض کے لئے مناسب

و بے ضرر ہے اس بات کے جانچنے کے لئے کئی یقینی ترکیبیں ہیں لہذا اجنبی

شخص کا خون داخل جسم کرنے سے پہلے صحیح تجربات کے ذریعہ سے

تحقیق کر لینا چاہئے کہ وہ بے ضرر اور مریض کے لئے مناسب حال

لہ ایک شخص کا خون دوسرے شخص میں داخل کرنا +

لہ ہیموگلوبین یوریا +

ہے یا نہیں ؟

پہلے یہ دیکھ لینا ضروری ہے کہ جس مریض کے جسم میں خون داخل کرنا ہے اُس مریض کے خون کا پانی (مصل) معطی کے خون کے سُرخ دانوں میں چپکنے کی کیفیت (التصاق) تو نہیں پیدا کر دیتا ہے ؟ یعنی مریض کا خون اور معطی کا خون دونوں ملکر بخوبی حل ہو جاتے ہیں یا اُنہیں کوئی رسوب تو نہیں جم جاتا ہے ؟

اس حادثہ کے روکنے کے لئے یہ جاننا ضروری ہے کہ معطی اور مریض دونوں ذیل کی چار قسموں میں سے کس قسم سے تعلق رکھتے ہیں ؟ +

قسم اوّل کو "آخذ عمومی[1]" کہتے ہیں۔ ایسے شخص کے خون کا مصل ہر قسم کے خون سے مل سکتا ہے۔ اور کسی قسم کے خون کے سُرخ دانوں کو اکٹھا کرنے اور چپکانے کی خاصیت نہیں رکھتا۔ لہٰذا اس قسم کے مریضوں میں ہر اجنبی شخص کا خون بلا خطر داخل کیا جا سکتا ہے +

قسم دوم و قسم سوم۔ اِن ہر دو اقسام کے شخصوں میں صرف انہیں دونوں قسموں کا خون یا چوتھی قسم کے معطی کا خون داخل کیا جا سکتا ہے۔ قسم چہارم کو معطی عمومی[2] کہتے ہیں۔ اس قسم کے اشخاص کا خون ہر اجنبی مریض (آخذ) میں بلا خوف و خطر داخل کیا جا سکتا ہے +

اب نقل الدم کا عمل کرنے سے پہلے ضروری ہے کہ پہلی اور دوسری قسم کے شخصوں کے خون کا مصل علیحدہ علیحدہ تیار رکھا جائے۔ اسکے بعد جس مریض کے خون کی قسم دریافت کرتا ہے اوسکے خون کا ایک ایک قطرہ دو علیحدہ شیشوں پر رکھ لیا جائے۔ پھر قسم اول کے مصل کا ایک قطرہ پہلے

---

[1] یونیورسل ریسی پی انٹ + [2] یونیورسل ڈونر +

شیشہ پر اور قسم دوم کے مصل کا ایک قطرہ دوسرے شیشہ پر ڈالدیا جائے۔ اور ایک معمولی آتشی شیشہ (جو چیزوں کو بڑا دکھلاتا ہے) کی مدد سے بلکہ معمولی نظر ہی سے دیکھ لیا جائے کہ آیا کسی ایک یا دونوں میں خون کے سُرخ دانے باہم چمٹ کر اکٹھے ہو گئے ہیں یا نہیں اس تجربہ کی مدد سے یہ معلوم ہو سکتا ہے کہ جس مریض کے خون کا امتحان کیا ہے وہ کس گروہ سے تعلق رکھتا ہے +

نقل دم کے طریقے۔ چونکہ مریض نہایت ضعف کی حالت میں ہوتا ہے۔ اور اس میں جراثیم کا اثر بہت جلد ہو سکتا ہے۔ اس لئے نقل الدم کے عمل میں طہارت کا خیال نہایت ضروری ہے +

نقل دم کے کئی طریقے ہیں، ان میں سے ایک طریقہ یہ ہے کہ براہ راست مریض اور معطی کی رگوں کے درمیان نلکی لگا کر خون کو ایک بدن سے دوسرے بدن میں پہونچا دیا جائے (نقل بلا واسطہ) +

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ پہلے خون کو کسی ظرف میں اکٹھا کیا جائے اس کے بعد مریض میں منتقل کیا جائے (نقل بالواسطہ) +

(۱) **پہلی ترکیب** (بلا واسطہ) میں آلہ میل نہان کا انبوبہ[1] (نلکی) استعمال کیا جاتا ہے۔ جس میں روغن[2] ثخین لگا کر اُسے درمیان میں حائل کر کے معطی کا خون مریض کی ورید میں براہ راست داخل کر دیا جاتا ہے۔ روغن مذکور کے اثر سے خون جمنے نہیں پاتا۔ اس طریقہ سے خون کی مقدار کا صحیح اندازہ نہیں ہو سکتا کہ مریض کے بدن میں کسقدر

---

[1] کینولا + سیل نہان۔ انام کاراینٹ کینولا + [2] پیرافین۔ ہارڈ پ سین آئل +

ہو رہا ہے +

(۲) دوسری ترکیب (بالواسطہ) پہلے ایک پاک صاف ظرف میں روغن[1] مذکور یا انجماد (جماؤ کو روکنے والی) اور کوئی دوا لگا کر اس ظرف میں معطی کا خون اکٹھا کر لیا جاتا ہے +

طریقہ اول میں اندنوں ایک خاص قسم کا انبوبہ[2] (نلکی) استعمال کیا جاتا ہے جسکو آلہ تطہیر[3] ذاتی میں پاک صاف (عفونت سے پاک) کر کے روغن تیں اور اشیہ کے محلول مشبع[4] میں چکنا کر لیا جاتا ہے +

اگر خون منجمد ہو گیا تو وہ رائگاں جاتا ہے معطی اور مریض دونوں کی وریدیں مقامی مخدر کے استعمال کے بعد بہ طریقہ معلوم کھول کر خون منتقل کیا جاتا ہے +

طریقہ دوم کے لئے بعض محققین نے خاص قسم کے آلات بنائے ہیں از انجملہ ایک محقق[5] نے اسکے لئے جو آلہ بنایا ہے اس میں ایک قنینہ (بوتل) ہے جس میں پیمانے کے نشانات بنے ہوئے ہیں، اس شیشے میں ایک ڈاٹ لگی رہتی ہے، جس میں تین سوراخ ہوتے ہیں، ایک سوراخ کے اندر کانچ کی ایک نلکی لگا دی جاتی ہے، جس کے بیرونی دہانے پر ربڑ کی ایک نلی لگی ہوئی ہوتی ہے، پہلے اس نلی کے ذریعہ

---

[1] پرافین۔ اڈپ سین آئل۔ [2] مثلاً انبوبہ کنودن (کینٹن ٹیوب) یا مثلاً انبوبہ وسنت (وانسنٹ ٹیوب) + [3] آلہ تطہیر ذاتی (آٹو کلیو) ایک دہات کا آلہ ہے جس میں گرم بھاپ کے ذریعہ سے ادویہ آلات وغیرہ کو صاف کیا جاتا ہے۔ [4] محلول مشبع (سیچوریٹڈ سولیوشن) اُسے کہتے ہیں۔ جس کے اندر حل ہونے والی چیز اس سے زیادہ نہ گھل سکے۔ [5] رابرٹسن +

سے شیشہ میں محلول[1] لیموں آگین (۳،۸ فی ۱۰۰) کی مقدار معین (۱۶۰ ماشہ[2]) بھر دی جاتی ہے، پھر اس ربر کی نلی کے آخری سرے پر سوئی لگا کر شخص معطی کی ورید میں داخل کر کے معطی کا خون شیشہ میں لے لیا جاتا ہے، اس طور پر خون محلول مذکور سے ملکر منجمد نہیں ہونے پاتا، ڈاٹ کے دوسرے سوراخ میں ایک دوسری نلی لگی ہوتی ہے، اسکے انتہائی سرے پر بھی ایک سوئی لگا دی جاتی ہے، اس نلی کے ذریعہ سے شیشہ کا خون مریض کی ورید میں پہونچایا جاتا ہے۔ پہلی اور دوسری نلکیوں کے بیرونی سروں پر، سوئی کے قریب نلی کو بند کرنے کے لئے ایک کلاب[3] (گرفت) لگا دیا جاتا ہے۔ اس گرفت کو دبانے سے مریض اور معطی کی وریدوں سے خون کی آمد و رفت کو مرضی کے مطابق رد کا جا سکتا ہے +

ڈاٹ کے تیسرے سوراخ میں بھی ایک نلی لگی ہوتی ہے، اس کا اندرونی سرا ڈاٹ کی اندرونی سطح سے قدرے اندر ابھرا ہوا رہتا ہے اس نلی کے ذریعہ سے شیشہ کے اندر کے سیال پر حسب ضرورت دباؤ ڈالا جا سکتا ہے یا امتصاص کے ذریعہ (یعنی چوسکر) دباؤ کم کیا جا سکتا ہے + یہ نلی ڈاٹ کی اندرونی سطح کے ٹھیک باہر تک ہوتی ہے +

نقل دم دوسری شیشہ کی پچکاریوں کے ذریعہ بھی کیا جا سکتا ہے +

نقل دم کی ترکیبوں کا علمی طور پر سیکھنا زیادہ آسان اور مفید ہے، کیونکہ اسکا بیان باوجود طوالت پذیر ہونے کے پوری طرح سمجھ میں نہیں آسکتا +

---

[1] سائٹریٹ سولیوشن +　　　　[2] ۱۶۰ سی سی) +

[3] کلاب کلپ +

خون کس مقدار میں پہونچانا چاہیئے؟ عموماً ایک وقت میں ۲۰۰ ماشہ سے ۱۰۰۰ ماشہ خون منتقل کیا جاتا ہے مگر اس سے کم مقدار بھی مفید اثر پیدا کر دیتی ہے۔

یہ عمل کن حالات اور کن امراض میں مفید ہے؟ نقل الدم کے عمل سے عارضی یا مستقل فائدہ مندرجۂ ذیل حالات میں ظاہر ہوتا ہے:

(۱) شدید صدمہ جس میں کثیر مقدار میں سیلان خون (نزیف) ہو چکا ہو۔ (۲) نوزائیدہ بچہ میں سیلان خون ہوا ہو۔ (۳) وضع حمل کے بعد سیلان خون ہوا ہو۔ (نزف ثانوی)، (۴) خبیث قسم کا فقر الدم (کمی خون سوء القنیہ) (۵) اجو آنیہ نزفیہ۔ بعض حالات میں نہ تو سیال نمکین کی پچکاری مفید اثر پیدا کرتی ہے، اور نہ نقل الدم مفید اثر پیدا کر سکتا ہے +

خون کے منتقل کرنیکا عمل چونکہ عدوئی (عفونت) اور سفونت کا سبب بن سکتا ہے۔ اس لئے اس عمل کے وقت تمام ان امور و ہدایات کا خیال رکھنا ضروری ہے۔ جو ایسے اعمال کے وقت ضروری ہیں مثلاً صفائی و پاکیزگی وغیرہ +

صدمہ کی حالت میں اعمال جراحیہ اختیار کئے جا سکتے ہیں یا نہیں؟

اس معاملہ میں اہل فن کے درمیان اختلاف رائے ہے۔ بعض کی رائے ہے کہ بارہ سے چوبیس گھنٹہ تک تاخیر کی جائے، اور اس عرصہ میں صدمہ کا علاج کیا جائے، (اسکے بعد دستکاری کیجائے)۔

لیکن اگر صدمہ کا اصلی سبب سیلان خون (نزیف) ہے تو بلا تاخیر

---

[۱] ۱۰۰ سی سی C.C. ۵۰ حرا ایک ماشہ تقریباً ایک مکعب سنٹی میٹر کے برابر ہوتا ہے +

[۲] سکنڈری ہیمورج [۳] پرنی شس انیمیا [۴] پرپیورا ہیموریجیکا +

وتائل دستکاری کرنا چاہیئے۔ اور اس کے ساتھ ہی صدمہ کے علاج کی لئے سیّال نمکین کی پچکاری کرنی چاہیئے +

اسی طرح جب عضلات بہت مجروح ہو کر کچل یا چھل گئے ہوں یا جب اندرونی آفت پہونچی ہو، یا جب نظام دماغی ونخاعی ماؤف ہوا ہو تو اِن حالات میں دستکاری کا جلد اختیار کرنا ضروری ہے۔

۳۔ ہذیانؔ کی مختلف اقسام بھی ضرب (آفت) کے باعث یا اعمالِ جراحی کے بعد پیدا ہو سکتی ہیں۔

شراب خواری کی دیرینہ زیادتی سے بھی ہذیان پیدا ہو سکتا ہے اسی طرح ہذیان عموماً کسی حادثہ (مثلاً جانگ یا ٹانگ کی ہڈی ٹوٹنے کے بعد) نمودار ہوجاتا ہے۔ اس قسم کے حادثہ کے بعد چونکہ مریض کو یکایک نقل وحرکت بند کر کے بالکل ساکن و بے حرکت پڑا رہنا پڑتا ہے اور اُسے شراب کی معینہ مقدار بھی نہیں ملنے پاتی۔ اسلئے اُس میں غالبًا ہذیان کے حملہ (دورہ) کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے۔ لہذا مناسب ہے کہ ایسے مریضوں میں جنھیں بکثرت شراب خواری کی عادت ہے، شراب یک لخت بند نہ کرنی چاہیئے۔ بلکہ اوس کی مقدار بتدریج گھٹانی چاہیئے۔ اگر شراب خوار مریض میں ہذیان کی ابتدائی علامات (علامات منذرہ) (یعنی بے چینی، بے خوابی، کسی سے آنکھ ملا کر نہ دیکھ سکنا، وغیرہ) پائی جائیں تو اونکا بغور ملاحظہ کر کے مناسب تدبیر کے ذریعہ سے ہذیان کی روک تھام قبل از وقوع کرنا چاہیئے۔

پہلے تو نمک کا نہایت تیز جلاب دینا چاہیئے۔ اور اوس کے بعد

لہ ہذیان (ڈلیریم) +

عفن آمیز (برومائڈ) اور خُضر آمیز (کلورائڈ) کی بڑی مقدار دیدینی چاہئے
اگر ہذیان کی علامات بڑھتی نظر آئیں، تو عفن آمیز (برومائڈ) اور خُضرال
(کلورل) کی خوراک ہر چار چار گھنٹے کے بعد دینی چاہئے۔ اور شب کے
وقت بَنجین (جوہر بنج = ہائیوسین) کی تحت الجلد پچکاری لگا دینی چاہئے۔

اسباب کی احتیاط بھی ضروری ہے کہ ہذیان کے دورہ کی حالت
میں مریض کو اور زیادہ ضرب و آفت نہ پہونچ جائے۔ اگر مریض کی ہڈی
ٹوٹ گئی ہے تو اوس کے شکستہ عضو کو جبس (الصقۃ پیرس[1]) میں باندھکر
غیر متحرک کر دینا چاہئے، کئی دن تک اس طرح غیر متحرک رکھنا چاہئے
حتیٰ کہ ہذیان کا دورہ گذر جائے۔

ہذیان لیلی (جو عموماً رات کے وقت ہوا کرتا ہے) تسمم دم[2] کے
مختلف اقسام میں پیدا ہوجاتا ہے، اس قسم کا ہذیان دو مخصوص امراض
میں اکثر پایا جاتا ہے:- ایک تو شدید التہاب[3] دودہ کے مریضوں میں
اور دوسرے غانغرانائے ذیابیطی[4] میں۔

ہذیان مندرجہ ذیل صورتوں میں بھی پیدا ہوجاتا ہے:-

۱- بعض ایسے مریضوں میں جنکے سر میں ضرب پہونچی ہو۔

۲- گاہے ایسے معمر مریضوں میں دستکاری کے بعد جنکا غدہ
مذی[5] بڑھ گیا ہو اور پیچھے کی طرف دباتا ہو۔

تسمم الدم کے ہذیان میں سمیت کو خفیف کرنے کی کوشش کرنی
چاہئے۔ اور ہذیان کے تمام مریضوں کو سکون و آرام دینا چاہئے، اور

---

[1] پلاسٹر آف پیرس۔ [2] ٹاکسی مک پوائزننگ۔ [3] فل می نے ٹنگ اپنڈی سائٹس۔ [4] ڈایابےٹک گنگرین۔ [5] پراسٹیٹ گلینڈ +

نیند لانے کی کوشش کرنی چاہیئے۔

۴۔ سُدّہ شحمیہ (چربی کا سُدّہ)۔ مختلف جراحات وضربات کے ابتدائی عوارض میں سے سُدّہ شحمیہ بھی ہے۔ اکثر سدہ شحمیہ ہڈی ٹوٹنے (کسر العظام) یا جوڑوں کے اکھڑنے (خلع) اور تشوّہ [1] (بدوضعی۔ فساد تشکل) کی درستی کرنے کے بعد پیدا ہوجاتا ہے۔ سدہ شحمیہ کا حدوث شدید ضرب ہی پر منحصر نہیں ہے، بلکہ یہ معمولی اور خفیف کسر کے بعد بھی پیدا ہوسکتا ہے۔

چربی کے چھوٹے چھوٹے قطرات دوران خون کے ساتھ شش میں پہونچ جاتے ہیں، اور وہاں باریک عروق شعریہ میں پھنس کر نزیفی سُدّے [2] (خونی سُدّے) بنادیتے ہیں۔ لیکن گاہے پھیپھڑوں سے گزرکر یہ چربی کے قطرے عام دوران خون کے ساتھ قلب یا دماغ میں پہونچکر سدّہ پیدا کرکے مخصوص علامات پیدا کردیتے ہیں۔ گاہے اس سے فوری موت بھی واقع ہوجاتی ہے۔

بیشتر حالات میں سدہ شحمیہ کی علامات بیّن طور پر دیکھی جاتی ہیں، یعنی عُسر التنفس [3] (سانس کی تنگی)، سانس کی تیزی، چہرہ کے رنگ کا نیلا ہوجانا (خُضرت)، اور تھوک میں خون آنا (نفث الدم) [4]۔ اگر سدہ شحمیہ دماغ میں ہوتا ہے تو ہذیان دماغی تے [5]، استرخا ا وقی [6] بھی پائے جائینگے، یہ واضح رہے کہ یہ علامات چوٹ لگنے کے چند روز بعد ظاہر ہوتی ہیں۔

علاج۔ مریض کو سکون وآرام سے رکھا جائے اور نمایاں علامات کا علاج کیا جائے۔ بالآخر عموماً مریض شفایاب ہوجایا کرتا ہے۔

[1] ڈیفارمیٹی [2] ہیموریجک انفارکٹ [3] عسر التنفس ڈسپنیا [4] ترما۔ کوما

باب نہم

نظام عروقی کے آفات و امراض

نزف[1]

(نزیف یا سیلان خون)

"نزف" رگوں سے خون کے بہنے کا نام ہے۔ یہ عروق کی تینوں قسموں یعنے شریانوں، وریدوں اور عروق شعریہ سے واقع ہو سکتا ہے (جسکو علی الترتیب "نزفِ شریانی"[2] "نزفِ وریدی"[3] اور "نزفِ شعری"[4] کہتے ہیں) علی ہذا قلب سے بھی نزف ہو سکتا ہے۔

جب جلد کی سطح تک براہِ راست عروق کا منفذ قائم ہو کر سیلان خون ہوتا ہے تو اوسکو "نزفِ خارجی"[5] کہتے ہیں۔ لیکن جب سیلان ساختوں کے اندر ہو یا کسی تجاویفِ ثانی[6] میں واقع ہو تو اُسکو "نزفِ داخلی"[7] کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ جب ناک سے خون خارج ہوتا ہے تو اوسکو رُعاف (نکسیر) کہتے ہیں +

"نزفِ مخفی"[8] خود اغشیۂ مخاطیہ (لعابدار جھلیوں) کی سطح سے

---

[1] ہیموررج [2] آرٹیریل ہیموررج [3] وے نس ہیموررج [4] کیپلری ہیموررج [5] اکسٹرنل ہیموررج۔ [6] انٹرنل ہیموررج [7] سیرس کیویٹی [8] کن سیلڈ ہیموررج +

یا اونکے درمیان سے نکل کر مخفی طور پر اندر ہی اندر ہوتا رہتا ہے، اور
یہ اوسیوقت ظاہر ہوتا ہے جبکہ کھانسی کے ذریعہ پھیپھڑوں سے
(نفث الدم)، یا استفراغ کے ساتھ معدہ سے (قئ الدم) یا پیشاب کے
ساتھ مجرائ بول سے (بول الدم)، یا پاخانہ کے ساتھ مبرز سے
(اسہال الدم) یا رطوبت اندام نہانی کے ساتھ (عورت کے رحم سے) خارج ہوتا ہے۔
جرّاح کے لئے نزفِ شریانی کے مندرجۂ ذیل اقسام اہمیت
رکھتے ہیں :-

(۱) "نزف اَوَّلی" (نزف ابتدائی)[1] یہ وہ سیلانِ خون ہے جو کسی
حادثہ کے وقت یا جرّاحی عمل کے دوران میں واقع ہوتا ہے۔

(۲) نزفِ رَدّ العمل وہ سیلان خون ہے جو کسی حادثہ یا جرّاحی
علیتہ کے بعد چوبیس گھنٹے یا اڑتالیس گھنٹے کے اندر واقع ہو۔ جب
نزف اولی کو روکنے کی ترکیبیں ناکام ہوتی ہیں تو نزفِ رد العمل نمودار
ہوتا ہے۔

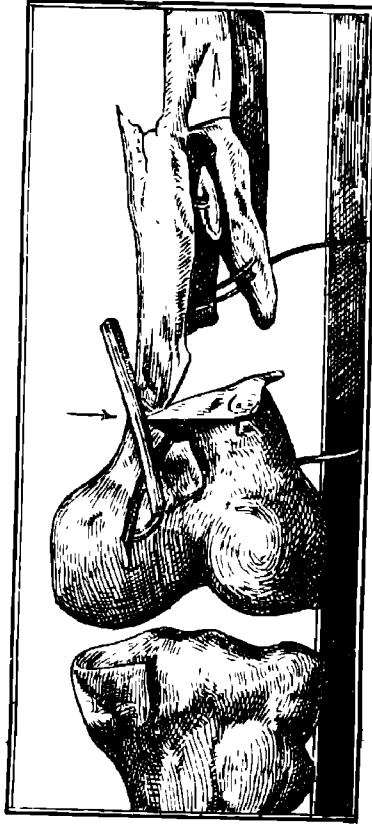
کسی حادثہ کے وقت یا دورانِ علیتہ میں صدمہ کے باعث یا
خون کے زیادہ ضائع ہوجانے کی وجہ سے قلب کی حرکت اور قوت
میں ضعف پیدا ہوسکتا ہے۔ ازاں بعد جب مریض کو گرم بستر پر لٹا دیا
جاتا ہے اور صدمہ کے لئے مناسب تدبیر و علاج کیا جاتا ہے۔ تو صدمہ
میں تخفیف واقع ہوتی، اور قلب کی حالت درست ہوجاتی ہے نبض
قوی ہوجاتی ہے، اور خون اُن ماؤف رگوں کے ذریعہ ساختوں میں
دوڑنے لگتا ہے۔ جن سے صدمہ کی حالت میں خون جاری نہیں تھا

[1] نزفِ اَوَّلی - پرائمری ہیمورج ۔

(یعنی جن مجروح رگوں سے خون ایک وقت میں جاری نہ تھا، اب اُن سے خون بہنے لگتا ہے، اسی کو نزف ردالعمل کہتے ہیں) +

نزفِ ردالعمل کی ایک عمدہ مثال سرطانِ پستان کے ایسے مریض میں دیکھی جاتی ہے، جسپر جراحی عمل پستان کو قطع کرکے نکال دیا گیا ہو چونکہ اِس مرض میں پستان کی پوری جڑ ماؤف ہوجاتی ہے اور اوسکو تمام وکمال خارج کرنے کے لئے ایک وسیع رقبہ کو کاٹنا پڑتا ہے، لہذا تمام کٹی ہوئی شریانوں کو باحتیاط تمام ٹانکے لگا دینے کے بعد بھی (عملیت ختم ہوجانے کے کچھ دیر بعد) اِس وسیع سطح کی چھوٹی چھوٹی رگوں سے اس کثرت سے خون رِس رِس کر اکٹھا ہوجاتا ہے کہ اوسکے بہاؤ کے لئے زخم کی پٹی جلد جلد بدلنی پڑتی ہے، بلکہ زخم میں عارضی طور پر ربر یا شیشہ کی نلکی لگا کر اخراج رطوبات کا انتظام کرنا پڑتا ہے +

(۳) "نزفِ ثانوی[۱]" ہمیشہ عفونت کے سبب سے واقع ہوا کرتا ہے، اور عموماً کسی حادثہ یا عملیت سے تقریباً دس دن کے بعد ظاہر ہوتا ہے اِسکی صورت یہ ہوتی ہے کہ عفونت کے اثر سے کسی شریان کی دیوار متقرح ہوجاتی ہے۔ بسا اوقات نزف ثانوی سے ایک علامت ظاہر ہوا کرتی ہے، وہ یہ کہ خون کے بڑے سیلان سے پہلے زخم کے اندر ایک خفیف سا سیلان نمودار ہوجاتا ہے۔ جو اس امر کی اطلاع (انذار) دیتا ہے کہ مستقبل قریب میں نزف ثانوی کی صورت نمودار ہونے والی ہے۔ اسی نوعیت کا نزف (سیلان خون) گاہے قروح[۲] عفونیہ کے سلسلہ میں بھی واقع ہوجاتا ہے، خواہ اِن قروح کے ابتدائی

[۱] سکنڈری ہیمورج +	[۲] سپٹک السرز +

تصویر (۱۸)

ران کی ہڈی میں کسر مرکب متفتت (جراحت ناریہ)
ہوگیا ہے، جسکی تیز اور نوکیلی ہڈی (کرچ) سے شریان
فخذی چھد گئی ہے، اور نزف ثانوی کا باعث بنی ہے۔

اسباب کچھ ہی ہوں +

جنگی جراحات کے علاوہ آجکل نزف ثانوی شاذ ہی پایا جاتا ہے گاہے یہ بعض اعمالِ جراحیہ کی صورتوں میں، اور خاصکر جبکہ امراض خبیثہ، (سرطان وغیرہ) کی حالت میں مُنہ یا حلق کے عفونی تجاویف کے اندر وسیع پیمانہ پر قطع و بُرید کی گئی ہو نمودار ہوجاتا ہے۔ گاہے یہ اتفاقی حادثات کے مریضوں، مثلاً عفونی[1] کسر مرکب کی حالت میں بھی دیکھا جاتا ہے +

تدبیر جب نزفِ ثانوی کے پیدا ہوجانے کا اندیشہ ہو تو مضبوط رَبر کی نَلی کا ایک مِضغَط یا ضاغطہ (مثلاً پیٹٹ کا ضاغطہ) لیکر اوسکا ایک ہلکا سا پیچ زخم سے اوپر کے حصہ میں لگا دینا چاہیئے، تاکہ ضرورت کے وقت اِسکو فی الفور کھینچکر مضبوط گرہ لگا دی جاسکے۔ اگر نزفِ ثانوی اطرافِ بدن (ہاتھ پاؤں) کے علاوہ دوسرے حصۂ بدن میں ہو تو پہلے وہاں عارضی دباؤ لگا کر خون روک دینا چاہیئے۔ اور پھر اگر عمل جراحی کی ضرورت ہو تو فوراً اوسکا انتظام کرنا چاہیئے۔ بعض حالات میں پٹّی علیحدہ کرلینے کے بعد اگر زخم کو ہوا میں کُھلا رکھا جائے تو خون بند ہوجاتا ہے۔ لیکن بعض زخموں میں ٹانکوں کو کاٹنے اور زخم کو کھولکر اوسمیں خرقہ[2] کے ٹھونسنے کی ضرورت پیش آتی ہے۔ اگر اس قسم کی تدبیروں سے کام نہ چلے، تو جس شریان سے سیلان ہو رہا ہو، اوس کو بخوبی تلاش کرکے اوس میں گرہ لگانا چاہیئے۔ جب ایسا کرنا ناممکن، یا زخم کی عفونی حالت کے باعث خلافِ مصلحت ہوتا ہے، تو گاہے مقام

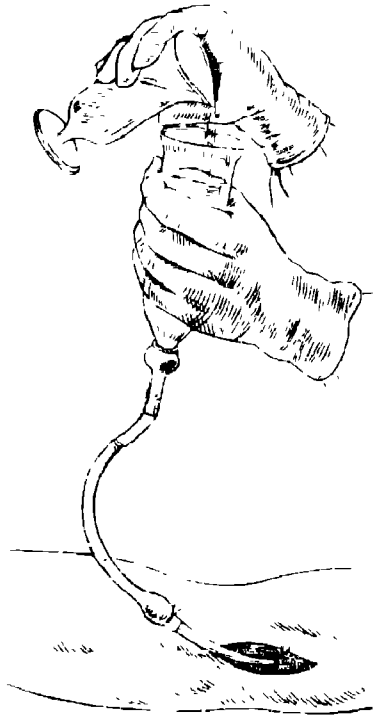
[1] سپٹک کمپونڈ فریکچر + [2] گاز +

ماؤف سے اوپر کی بڑی اور خاص شریان میں گرہ لگانی پڑتی ہے +

شدید سیلان خون کے علامات ونتائج یہ صدمہ کی علامات سے مشابہ ہوتے ہیں اگر سیلان شدید ہے اور خصوصاً جبکہ خون بسرعت ضائع ہو گیا ہو تو موت اغماؑ کے باعث واقع ہو سکتی ہے جلد کا رنگ پھیکا پڑجاتا ہے ؛ ہونٹھ، کان، اور پپوٹے نیلے پڑجاتے ہیں ؛ بدن ٹھنڈا ہو جاتا ہے، پسینہ کے قطرے آجاتے ہیں، سانس تیز ہوتا ہے، بے چینی ہو جاتی ہے اگر سیلان خون موت پیدا کرنے کے قابل نہ ہو تو مریض غشی کے بعد جانبر ہو جاتا ہے۔ لیکن کچھ عرصہ تک نہایت ضعف کی حالت میں رہتا ہے، نبض ضعیف ہوتی ہے اور آسانی سے دب جاتی ہے، بدنی حرارت درجۂ اعتدال سے کم ہو جاتی ہے اور جلد پھیکی اور سرد ہوتی ہے +

خون کا دباؤ (تضاغط دموی) سیلان کے اثر سے پہلے تو بہت کم ہو جاتا ہے، لیکن کچھ عرصہ بعد پھر بڑھ جاتا ہے، جسکے اسباب یہ ہیں (۱) رگوں کا حجم کم ہوتا ہے، خصوصاً احشاء کے اندر (۲) عروق جاذبہ کی مائیت (لیمفا) بہت زیادہ مقدار میں دوران خون کے اندر آجاتی ہے جسکے باعث چند روز تک مریض کے خون میں سفید دانوں کی کثرت پائی جاتی ہے +

سیلان خون کا اثر بچوں اور بوڑھوں پر بہت شدید ہوتا ہے لیکن اگر سیلان کے بعد بچوں کو اچھی طرح سنبھال لیا جاوے تو وہ جلد تندرست ہو کر جانبر ہو جاتے ہیں۔ مگر بوڑھوں میں سنبھلنے کی طاقت

سلہ کولیپس (اغماء) +

تصویر (۱۹)

سیال نمکین کا احتقان وریدی

جو گا ہے تحت الجلد اور معائے مستقیم کی راہ
پہونچانے کی بجائے ورید میں کیا جاتا ہے +

بہت کم ہوتی ہے +

نزف کا علاج عمومی اور مقامی دو قسم کا ہوتا ہے، اور صدمہ کے علاج سے مشابہ ہے۔

(الف) **عمومی علاج**:۔ مریض کا سر نیچے کرکے اوسے لٹا دینا چاہئے اگر سیلان کے دوبارہ جاری ہو جانے کا خطرہ نہ رہے تو مقوی و محرک ادویہ دی جائیں۔ سیال نمکین کی وریدی پچکاری دیکر مریض کو نتیجہ اجل سے بچانا چاہیے۔ اس کی ترکیب صدمہ کے بیان میں بتفصیل درج ہو چکی ہے +

اگر حالت زیادہ خطرناک نہ ہو تو سیال نمکین کا استعمال تحت الجلد پچکاری کے ذریعہ یا معا مستقیم کی راہ بطور حقنہ کے پہونچائیں۔ اور مریض کو گرم رکھیں +

نزف کا قدرتی احتباس خون کے قدرتی طور پر بند ہو جانے کی صورت یہ ہوتی ہے کہ رگ کی دیواریں سکڑ کر اندر کو مڑ جاتی ہیں اور اس کے ساتھ ساتھ خون کی لیفین (فائبرین) جم جاتی ہیں۔ علاوہ ازیں بتدریج قلب کی حرکت بھی ضعیف ہو کر مدہم ہوتی ہے +

(۱) جب شریان عرضاً کٹ پھٹ جاتی ہے، تو اوس کی دیواروں کا درمیانی یا عضلی طبقہ سکڑ جاتا ہے اور درمیانی اور اندرونی طبقات باہر کے طبقہ کے اندر سکڑ جاتے ہیں۔ اور انکے سکڑنے سے شریان کا سوراخ بھی چھوٹا پڑ جاتا ہے +

(۲) خون جب بیرونی غلاف سے مماس ہوتا ہے تو وہ منجمد ہو جاتا ہے اور یہ انجماد کچھ دور تک پھیلکر شریان کی متصلہ سالم شاخ تک جا

پہونچتا ہے۔خون کا یہ انجماد رگ کے اندر اور سوراخ کے آس پاس پیدا ہوجاتا ہے +

(۳) جسقدر خون زیادہ ضائع ہوتا ہے، اوسیقدر اوس کے انجماد کی خاصیت ترقی کرجاتی ہے +

(۴) چونکہ قلب کی طاقت کم ہوجاتی ہے، اسلئے منجمد خون کا سُدہ (علقہ۔لوتھڑا) رگ سے خارج نہیں ہونے پاتا +

اس طرح خون کا سیلان عارضی طور پر خود بخود بند ہوجاتا ہے مگر یہ انسداد محض عارضی ہوتا ہے، مستقل انسداد پیدا ہونے کے لئے منجمد خون میں وہ تمام تغیرات کا واقع ہونا لازمی ہے جن کی تفصیل "اندمال بالعلقہ" کے بیان میں درج ہوچکی ہے (ملاحظہ ہو باب اندمال جراحات) یعنے رگ کے اندر کے منجمد خون میں خون کے سفید دانوں کا ترشح ہوتا ہے سفید دانے خون کے لوتھڑے کو کھا جاتے ہیں، پھر بطانۂ[1] شریان کے خلیات میں تکاثر کے ہونے سے خلیات لیفیہ[2] بن جاتے ہیں جو بالآخر ندبی لیفی[3] ساخت میں متبدل ہوجاتے ہیں۔ اس طرح مستقل طور پر سیلان کا انسداد ہوجاتا ہے۔ اسی طرح رگ کے باہر کا جما ہوا خون بھی بتدریج جذب ہوکر اوسکی جگہ لیفی ساخت بن جاتی ہے۔

(ب) **مقامی تدابیر**۔ اگر ضروری آلات موجود نہوں تو اونگلی کے دباؤ سے یا پٹی یا ربر کی نلی عضو ماؤف پر باندھ کر سیلان کو روکنا چاہئے

---

[1] بطانۂ شریان۔ شریان کا اندرونی طبقہ + [2] خلیات لیفیہ (فائبرو بلاسٹس) نسیج خلوی کے خلیات، جو چپٹے اور لمبوترے سے ہوتے ہیں، اور ان کے دونوں سرے پر کچھ زوائد پائے جاتے ہیں + [3] فائبروسی کیٹا رشیل ٹشو +

سیلان کو روکنے کی عام تدبیریں درج ذیل ہیں :-

(۱) **گرہ لگانا** (ربط) کٹی ہوئی شریان کو ملقط[1] سے پکڑ کر مطہّر ڈورے کی گرہ باندھ دیں۔ اس مقصد کے لئے ریشمی ڈورا، وتر الغنم (بھیڑ کی تانت) وتر دودالقز وغیرہ استعمال کئے جاسکتے ہیں۔

(۲) **مروڑنا** (لَیّ) اگر کٹی ہوئی شریان بڑی ہے تو اوسکو کٹے ہوئے سرے سے ذرا اوپر ملقط (چمٹی) سے پکڑا رکھیں، اور پھر دوسرے ملقط سے کٹے ہوئے مُنھ کو خوب بَل دیکر مروڑ دیں، حتیٰ کہ اوسکا درمیانی طبقہ ٹوٹ جائے۔ ایسا کرنے سے اندر کا طبقہ سکڑ کر رگ کا سوراخ بند ہوجائیگا، اور سیلانِ خون کا عارضی انسداد ہوجائے گا۔ اور اگر چھوٹی رگ کٹی ہے تو صرف ایک ہی ملقط سے اُسکے منہ کا مروڑ کافی ہے +

آجکل جبکہ غیرعفونی ڈورے سے کٹی ہوئی رگوں کا باندھنا بہت آسان ہے، مروڑنے کی تدبیر زیادہ ضروری نہیں ہے۔

(۳) **داغنا** (کَیّ)۔ اگر رگیں ایسے مقام پر کٹی یا ٹوٹی ہوں جہاں گرہ لگانے میں دقت پیش آئے، مثلاً ہڈی میں یا کسی موٹے متورّم حصہ میں تو لوہے کو آگ سے ہلکا سُرخ کرکے داغدینا کارگر ہوتا ہے +

(۴) **ضغطِ اِبَری**۔ کٹی ہوئی رگ کے نیچے ایک سوئی داخل کرکے سوئی کے دونوں سروں پر ڈورے کا بل بشکل ذوحلقتین (8) لگاکر رگ کو دبا دینا خون کے بند کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ اس تدبیر کا استعمال اب بہت کم کیا جاتا ہے +

(۵) **ٹھنڈک پہونچانا**۔ سرد پانی، برف، یا سرد ہوا میں کھلا رکھنے

[1] ملقط۔ فارسیپس +

[2] اکیو پریشر +

سے خون بند ہو جاتا ہے۔ کیونکہ برودت سے رگوں میں انقباض ہوتا ہے جس سے ان کے مُنہ بند ہو جاتے ہیں۔

(۶) **گرم پانی** (۱۱۵ درجہ مقیاس مروج)[1] نہایت شدید قاطع نزف ہے کیونکہ اس سے شریان کے طبقہ عضلیہ میں انقباض کی تحریک پیدا ہوتی ہے۔ نیز اس سے خون کی رطوبت بیضیہ جم جاتی ہے +

(۷) عضو ماؤف کو **بلندی پر رکھنا** (اونچا اوٹھانا)۔ اسکے اثر سے شریانوں کے اندر انعکاسی طور پر انقباض پیدا ہو جاتا ہے جس سے خون کے بند ہونے میں امداد حاصل ہوتی ہے۔ یہ تدبیر ہاتھ پاؤں کے نزف میں کارگر ہے +

(۸) **ضغط مُباشر** (براہ راست دباؤ ڈالنا) زخم کے جوف میں خرقہ[2] صاف روئی وغیرہ کے ٹھونسنے یا زخم پر مستحکم طور پر بندش کرنے سے خون بند ہو جاتا ہے +

(۹) کیمیائی مرکبات۔

(۱) **حابس دم**[3] ادویہ کا مقامی استعمال۔ مثلاً صبغ حدیدی مُصفر آمیز اعلیٰ (ٹنکچر فیرائی پرکلورائڈ)، حامض عفصی (گیلک ایسڈ)، حامض دبغی (ٹے نک ایسڈ)، پھٹکری، فضہ شور آگین (نائٹریٹ آف سلور) خلاصہ کلاہ گردہ، کوکین، خمیر لیفین (فائبرین فرمنٹ) وغیرہ جنسے رگوں میں مقامی انقباض پیدا ہو جاتا ہے +

(۲) **قاطع نزف**[4] ادویہ کا اندرونی استعمال جنسے یا تو خون کے

---

[1] بعض لوگوں نے درجہ حرارت (۱۳۰) سے (۱۶۰) بتایا ہے۔ [2] خرقہ (لگاتہ)۔
[3] سٹپ ٹک (حابس دم)۔ [4] سوپرارنیل اکسٹریکٹ۔ [5] ہیمو سٹے ٹک +

جمنے (تجمد) کی خاصیت بڑھ جاتی ہے، یا رگوں میں انقباض پیدا ہو جاتا ہے (ان ہر دو قسم کے اثرات سے خون بند ہو جاتا ہے)۔ مثلاً اثیدرن، شیلم، روغن تاربین، کلسیہ خضر آمیز (کلورائڈ آف کیلشیم) جوہر کلاہ گردہ وغیرہ +

انتباہ۔ محرکِ قلب ادویہ کا استعمال اوس وقت تک نہیں کرنا چاہئے جب تک کہ سیلان کی بخوبی روک تھام نہ ہو جائے۔

مندرجہ بالا تمام تدبیریں بیشتر عارضی ہیں، انسداد سیلان کا واحد اور مستقل ذریعہ صرف یہی ہے کہ شریان کا کھلا ہوا مُنہ ندبی لیفی ساخت سے مسدود ہو جائے +

جراحات اَوْرِدَہ[1]

وریدوں کی چوٹ

نزف وریدی | جیوگلر[2] اور بڑی وریدوں کا نزف گاہے بہت زیادہ مقدار میں ہوتا ہے، خصوصاً جبکہ وہ خون سے بُرا ور پھولی ہوئی ہوں۔ پنڈلی کی پھیلی ہوئی ورید کے اوپر کے سرے سے رجو قلب کی طرف ہو۔ بہت خون جاری ہو سکتا ہے، بشرطیکہ اوس ورید کی کواٹیاں مریض اور بیکار ہوں۔

علاج۔ نزف شریانی کے علاج سے مماثل ہے۔ اگر ورید قدرے پھٹ یا کٹ گئی ہے تو اوسے بغیر مسدود کئے اوتنے ہی حصہ کو باندھکر گرہ لگا سکتی

---

[1] انجریز آف وینز۔ [2] وے نس ہیمورج۔ [3] سائنس +

ہیں۔ بڑی درید کا سیلان خون اس طرح بھی روکا جا سکتا ہے کہ زخم کے اندر خرقہ بھر کر ٹھونس دیا جائے۔ جبکہ گرہ لگانے کا موقعہ نہ ہو مثلاً جیوب وریدیہ میں +

نزف وریدی کے خطرات :-

(۱) کثیر مقدار خون کا ضائع ہونا۔

(۲) منجمد خون[1] (علقہ) کا مقام ماؤف سے جدا ہو کر سدہ[2] پیدا کر دینا

(۳) تقیح الدم[3] جلطہ دموی کا عفونی ہو کر جدولی سدہ کا پیدا کر دینا۔ اور اس سے تقیح الدم کا واقع ہو جانا۔

(۴) **ورید کے اندر خارجی ہوا کا داخل ہو جانا۔** یہ خصوصاً گردن کی جڑ اور بغل میں بیشتر واقع ہوتا ہے۔

ہوا داخل ہونے کے علامات - ہوا کے اندر داخل ہوتے وقت مخصوص آواز (صوت امتصاص) پیدا ہوتی ہے۔ اگر بہت زیادہ مقدار میں ہوا داخل ہو گئی ہے تو مریض کو بے ہوشی طاری ہو جاتی ہے تنفس تیز اور نبض ضعیف و سریع ہو جاتی ہے۔ تشنج کے دورے طاری ہو جاتے ہیں اور ہلاکت جلد واقع ہو جاتی ہے۔

علاج - حفظ ماتقدم کے لئے ضروری ہے کہ جب ورید کو کاٹنا ہو تو پہلے اس میں گرہ باندھ لیں، اگر ہوا داخل ہو چکی ہے تو ورید کے سوراخ کو فوراً دباؤ لگا کر مسدود کر دیں، یا اوپر کوئی غسول[4] مطہر بہائیں، تاکہ مزید ہوا داخل نہ ہو سکے اس کے بعد ورید میں گرہ لگا دیں۔ مریض کا سر نیچا کریں

---

[1] تھرامبس۔ [2] امبولس۔ [3] پائی میا۔ [4] سپٹک امبولس

[5] غسول لوشن +

اور اطراف (ہاتھ پاؤں) کو اوٹھا کر بلند کر دیں محرکات دیں مصنوعی طور تنفس جاری رکھیں

نزف[1] شعری

عروق شعریہ سے سیلان خون زیادہ تر متورم حصص میں ہوا کرتا ہے۔ اگر یہ مسلسل جاری رہے تو خون کی بڑی مقدار ضائع ہو سکتی ہے۔ خصوصاً جبکہ مریض مرض ناعور[2] (استعداد نزف)، یرقان۔ داء الخفر (داء القلع۔ اسکروی) وغیرہ میں مبتلا ہو +

علاج۔ دباؤ۔ خنکی۔ گرمی۔ داغ۔ مقامی حابس خون ادویہ کا استعمال کلسیم خضر آمیز (کیلشیم کلورائڈ) دس سے پندرہ قمحہ (گرین) کی مقدار میں تین تین یا چار چار گھنٹے کے وقفے سے دینا گاہے بہت مفید اثر رکھتا ہے +

ناعور (مزاج نزفی)

ناعور[3] (مزاج نزفی) ایک عمومی بدنی مرض ہے۔ جو عموماً موروثی ہوا کرتا ہے۔ اور کسی خاندان کے افراد ذکور (مردوں) میں پایا جاتا ہے اور اس خاندان کی اناث کو متاثر نہیں کرتا، بلکہ انکی نرینہ اولاد میں کئی پشت تک چلا جاتا ہے +

سبب مرض اب تک نامعلوم ہے +

ایسے اشخاص میں محض خفیف جلدی چوٹ سے ساختوں کے اندر یا جوڑوں کے جوف (تجاویف مفصلیہ یا زلالیہ[4]) کے اندر خون کا انصباب شروع

---

[1] کیپلری ہیموریج +

[2] ہیموفیلیا +

[3] ہیموفیلیا (مزاج نزفی)۔

[4] سائنوویل کیویٹیز +

ہو جاتا ہے، اسی طرح ذرا سا کٹنے سے سطح زخم سے بکثرت خون نکلنے لگتا ہے۔ اگر دانت کو کھینچکر نکال دیا جائے تو مسوڑھوں سے مسلسل خون جاری رہتا ہے یہ علامات لڑکوں اور جوانوں میں بہت نمایاں پائے جاتے ہیں وضع حمل کے بعد جب بچہ کی نال کاٹ دیجاتی ہے تو سیلان خون اس شدت سے ہوتا ہے کہ بچہ کی جان تک چلی جاتی ہے۔ سیلان خون کے اس موروثی خاصہ کا حال اگر معلوم ہو تو ایسے نزفی مریضوں پر عملیات جراحیہ کرنے سے حتی الوسع محترز رہنا چاہیئے۔ اور عمل او سیوقت کرنا چاہیئے جبکہ بغیر اسکے چارۂ کار ہی نہ ہو۔ ایسے مریضوں کو رگڑ، چوٹ و دیگر اسباب جراحت سے بکمال احتیاط بچکر رہنا چاہیئے۔

ایسے لڑکوں میں جب سیلان خون شروع ہوجاتا ہے، تو معمولی حابس الدم ادویہ بالکل بے اثر ثابت ہوتی ہیں۔ مگر قسمت سے بیشتر مریضوں میں خون خود بخود بند ہوجایا کرتا ہے۔

اس مرض کے شدید حالات میں انسان کا مصل[1] دم یا خون مریض کے جسم میں منتقل کرنا چاہیئے۔

نزف کے عام معالجات کے علاوہ ایسی ادویہ دیجائیں جن سے خون کی قوت انجماد میں اضافہ ہو۔ کلسیم خفیف آمیز (کیلشیم کلورائڈ) جوہر[2] کلاہ گردہ یا کوکین کا مقامی استعمال کرنا چاہیئے۔

---

[1] ہیومن سیرم - مصل انسانی۔

[2] جوہر کلاہ گردہ۔ اڈرنالین۔

تخثر[11]

(رگوں کے اندر خون کا جم جانا)

تخثر اوس انجمادِ خون کو کہتے ہیں جو قلب کے اندر یا کسی شریان یا کسی ورید میں پیدا ہو جائے۔ انجمادِ خون واقع ہونے سے پہلے ضروری ہے کہ خود رگ کی دیواروں یا خون کے اندر کوئی نہ کوئی تغیر پیدا ہو چکا ہو۔ مقامی ضرب یا خراش اور خون کے بہاؤ میں رکاوٹ واقع ہونے (رکود دم) سے تخثر پیدا ہو سکتا ہے۔

جراحیات میں خونی سُدّہ (خلیط دمویہ) کی دو اہم قسمیں :-

(۱) سادہ یا غیر عفونی سُدّہ۔ (۲) عفونی یا جراثیمی سُدّہ۔

سادہ یا غیر عفونی سُدّہ رگ کے اندرونی سوراخ کو محض مقامی اور آنی طور پر مسدود کر دیتا ہے۔ درآنحالیکہ عفونی سُدّہ ٹوٹ کے اندرونی دور تک خطرات پیدا کر دیتا ہے۔ جراثیم کی موجودگی کے باعث عدوی نہ صرف مقامی طور پر پھیل جاتا ہے، بلکہ سُدّہ کے عفونی ٹکڑے دوران خون کے ساتھ مختلف مقامات پر پہونچکر وہاں عدوی کے تازہ مراکز قائم کر سکتے ہیں۔ جب ورید مسدود ہو جاتی ہے اور وہ سطحی ہوتی ہے تو ٹٹولنے (جس) سے سُدّہ معلوم ہو سکتا ہے۔ اگر کوئی بڑی ورید ماؤف ہے تو سُدّہ سے نیچے کے اعضاء میں ورم اور جھرجھراہٹ (تہیج) پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج :- سکون و قرار بخشا جائے۔ اگر اطراف ماؤف ہیں۔ تو اونکو اونچا

---

[11] تخثر۔ تھرامبوسِس۔　　[12] ترامبس۔

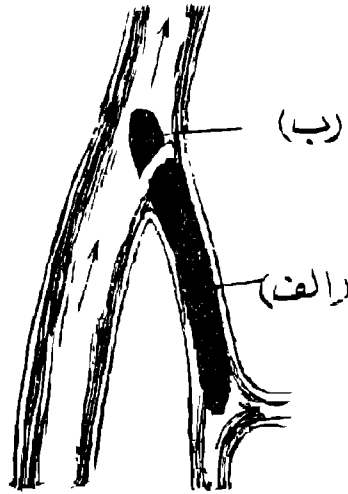
رکھنا چاہئے۔ محلول اکتھیال (۱۰ فیصدی حلوینؑ میں) کا مقامی استعما
جلطہ دمویہؑ کی تحلیل و انجذاب میں معاون ہوتا ہے۔ تخثّر کے مریض
نہایت آہستگی کے ساتھ اولٹنا پلٹنا اور دیکھنا بھالنا چاہئے کیونکہ اگر
خون کا کوئی حصہ ٹوٹ جائے تو وہ دوران خون کے ساتھ گشت کر
لگے گا۔ اور دور دراز کے مقامات میں انسداد پیدا کر دیگا +

انجام مرض (۱) سدہ تحلیل و جذب ہو جائے تو دوران خون از سر نو
ہو جائیگا۔ (۲) یا سُدہ میں یعنی ندبی ساخت بن جائے، تو ماؤف رگ
ہمیشہ کے لئے بند ہو جائیگی +

اِنسدادِ عروق

(رگوں میں سُدہ پیدا ہونا)

اِنسداد'' یا کسی رگ کے اندر منجمد خون کے ٹکڑے کا پھنس جانا عم
تخثّر کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ مگر گاہے انسداد قلب کے کواڑیوں (صما
کے امراض، سلعہ بلاستیہ، یا سلعات خبیثہ (سرطان وغیرہ کے قسم
رسولیوں) کے ٹوٹنے پھوٹنے سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ سُدہ خون کے
بہاؤ کے ساتھ ایک مقام سے بہ کر دوسرے تنگ مقام پر پھنس جاتا ہے
اگر سُدہ میں جراثیم موجود ہیں (سُدہ عفونی ہے) تو اوس کے
پھنسنے کے مقام پر ''خراج ثانویؑ'' پیدا ہو جاتا ہے۔ یا اگر وہ سلعہ
خبیثہ کے ٹکڑے کا سدہ ہے تو مقام انسداد پر اوسی قسم کی ''انتقالی رسو

لہ گلیسرین + ٹہ تھرامبس + ٹہ امبولزم۔ انسداد
ٹہ انفی روما + ٹہ سکنڈری ابس + ٹہ سلعہ انتقالیہ رمے ٹاسٹک ٹیو

تصویر (۲۰)

سدہ اور جلطۂ دمویہ (علقہ)

(الف) جلطہ دمویہ رگ کے اندر اپنی جگہ پہ قائم ہے +

(ب) سدہ اس سے جدا ہو کر الگ ہو گیا ہے +

پیدا ہو جاتی ہے۔

التہاب[1] وریدی

ورم وریدی | ورید کی دیوار کا التہاب اکثر مرض تخثر کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ اسکی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ (۱) سادہ، (۲) عفونی۔ عموماً التہاب وریدی اور ردہ دوالیہ[2] کے مریضوں میں پایا جاتا ہے +

علامات:۔ مقامی درد اور مضاضت (حسی ذکاوت) پائی جاتی ہے یعنی چھونے سے درد محسوس ہوتا ہے۔ ٹٹولنے سے (جس کے ذریعہ) گاہی رگ پھولی ہوئی اور موٹی سخت ڈوری کے مانند معلوم ہوتی ہے +

علاج۔ مرض تخثر کے مانند کرنا چاہیے۔ مگر تخثر اور التہاب وریدی کے بعض مریضوں میں، جن میں ثانوی طور پر شدہ[3] عفونی پیدا ہو جانے کا خطرہ ہو، جراحی عملیہ کی ضرورت پیش آ سکتی ہے۔ ایسے تمام مریضوں میں تخثر کے مقام سے اوپر (یعنی قلب کی طرف) کے سرے پر ورید ماؤف میں گرہ لگا کر ورید کو قطع کر کے کھول دینا اور پھر اسکے اندر کے منجمد خون کو خارج کر دینا چاہیے۔ یا ورید کے ماؤف حصہ کو بالکل کاٹ کر پھینک دینا چاہیے +

حصات[4] وریدی (حجر الورید)

جب چھوٹے وریدی شدہ (جلطہ) میں چونہ جم جاتا ہے (تکلس) اور

---

[1] فیلے بائی ٹس۔ التہاب وریدی (ورم وریدی) [2] اوردہ دوالیہ۔ ویری کوز وینز۔
[3] سیپٹک امبولس (امبولک انفکشن)۔ [4] حصات ورید۔ فلے بولتھ +

وہ پتھری کی شکل میں تبدیل ہو جاتا ہے، تو اوسکو حصات وریدی کہتے ہیں۔

اورِدہ دوالیہ[1] یا مرض دوالی

مرض دوالی۔ ورید کی اوس حالت کا نام ہے جس میں وریدیں مستقل طور پر پھول کر (پھیلکر) پیچدار ہو جائیں۔ اسکا اصلی سبب نامعلوم ہے۔ مردوں کے نسبت عورتوں میں دوالی زیادہ پائی جاتی ہے اور عموماً ایسے اشخاص میں جو اپنے پیشہ کے باعث زیادہ عرصہ تک کھڑے رہکر کام کرتے ہیں، اور جو مختلف درجات حرارت میں کھلے رہتے ہیں۔ بچوں میں دوالی شاذ ونادر ہوا کرتی ہے +

عموماً دوالی زیرین اطراف (ٹانگوں) میں ہوا کرتی ہے، مگر گاہے ہاتھ میں بھی پائی جاتی ہے +

علامات۔ دوالی کے مریضوں کو حصہ ماؤف میں تکان کی کیفیت اور ایک بوجھ سا محسوس ہوتا ہے۔ گاہے اسکے ساتھ درد کی شکایت بھی ہوتی ہے۔ جوں جوں مرض بڑھتا جاتا ہے، رگیں زیادہ پیچدار ہوتی جاتی ہیں بلکہ وریدوں میں کیسے سے بن جاتے ہیں۔ ورید کی دیواریں موٹی ہوتی جاتی ہیں، مگر گاہے وہ پتلی بھی پڑجاتی ہیں، اور خستہ[2] (بھربھری) ہو جاتی ہیں۔ وریدوں کے پھیل جانے کے (ڈھیلا ہونے کے) باعث کواڑیاں ناکافی اور چھوٹی پڑجاتی ہیں، جس سے خون اور بھی جمع ہوتا رہتا ہے، اور دوالی بڑھتی جاتی ہے۔ ورید کی اوپر کی جلد پتلی ہو جاتی ہے، اور چھاجن[3] اور تقرح کے پیدا ہونے کا خطرہ رہتا ہے۔ اگر دوالی پر ضرب لگنے کی وجہ سے رگ

[1] ویری کوز وینز (ویری کس)، + [2] بھُس۔ فرائی ایبل + [3] چھاجن (اکزیما) +

تصویر (۲۱)

گاہے سر میں بھی دوالی کا مرض پیدا ہو جاتا ہے +

تصویر (۲۲)

اور وہ دوالیہ، جنکے اندر پتھریاں ہیں

پھٹ جائے تو کواڑیوں (صمامات) کے غیر مکتفی ہونے کے باعث شدید
نزف واقع ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں عضو کو بلندی پر رکھنا خاص علاج ہے
گاہے پنڈلی کی گہری وریدوں میں دوالی ہوتی ہے اور گہرے
درد کی شکایت ہوتی ہے۔ اس کی صحیح تشخیص عموماً اس وجہ سے نہیں ہوتی کہ
وریدیں گہری اور مخفی ہوتی ہیں +

سطحی وریدوں میں سے عموماً صافن طویل یا اندرونی صافن میں دوالی
پائی جاتی ہے۔ گاہے صرف بیرونی صافن یا صافن قصیر میں ہی دوالی
ہوتی ہے +

علاج۔ خفیف دوالی میں گاہے صرف پٹی کی بندش لگانے سے آرام
حاصل ہو جاتا ہے۔ پٹی کے لئے کریپ کا کپڑا جس میں قدرے لچک ہوتی
ہے موزوں ہے۔ بندش لگاتے وقت عضو کو اوٹھا کر بلند کر لینا چاہیئے۔
اسی طرح پٹی کھولتے وقت عضو کو بلند کر لینا مناسب ہے +

زیادہ شدید حالت میں خصوصاً جبکہ تخثر، التہاب وریدی یا تقرح
کے پیدا ہونے کا اندیشہ ہو، ورید کو کاٹ کر علیٰحدہ کر دینا چاہیئے۔ اس کی
بہترین صورت یہ ہے کہ ران کی ورید کی پوری لمبائی میں جلد کے اندر شگاف دیکر
ورید کو کھول لیا جائے، اور گھٹنے سے نیچے کی زیادہ پیچدار وریدوں کو بھی
فرداً فرداً کاٹ دیا جائے۔ پوری ورید کو کھولنے کا فائدہ یہ ہے کہ جلد میں
جگہ جگہ شگاف دینے کی ضرورت نہیں پڑتی۔ مگر یہ صورت زیادہ پیچدار اور
آڑی ٹیڑھی رگوں میں یا جبکہ رگیں بہت خستہ (ہُش) ہوں اکارآمد

۵۱ لانگ سیفے نس وین +	۵۲ انٹرنل سیفے نس وین +
۵۳ اکسٹرنل سیفے نس وین +	۵۴ شارٹ سیفے نس وین +

نہیں ہو سکتی +

علیتہ کی دوسری ترکیبیں یہ ہیں :-

(۱) متعدد شگاف دیکر متعدد مقامات کی وریدوں میں گرہ لگا کر کاٹ دی جائیں +

(۲) منفذ صافن کے مقام پر ورید کا کچھ حصہ کاٹ دیا جائے اور اوسکے ساتھ نیچے کی ورید کا کوئی حصہ کاٹا جائے یا نہ کاٹا جائے +

(۳) ماؤف وریدیں تمام وکمال قطع کرکے خارج کر دی جائیں +

جب بالائی اطراف (ہاتھ) میں دوالی ہو تو اسباب کی تلاش کرنی چاہئیے کہ گردن کی جڑ میں کسی چیز (مثلاً حجاب منصف کے قرب وجوار کی رسولی) کا دباؤ تو وریدی خون کو نہیں روک رہا ہے۔ اگر ایسا ہو تو اس قسم کے غیر طبعی دباؤ کو دور کر دینا چاہئیے +

آفاتِ شرائین

(شرائین کا ماؤف ومجروح ہونا)

بڑی شریانوں کی آفات گاہے، تحت الجلد زخموں اور گاہے کھلے ہوئے زخموں کے ساتھ وابستہ ہوتی ہیں۔

(الف) شریان کا کچل جانا (رض)، یہ ساختوں کے کچل جانے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ چنانچہ ایسی صورت میں گاہے مرض تخثر لاحق ہو جاتا ہے علی الخصوص اُس وقت جبکہ شریانیں پہلے ہی سے ماؤف (غیر طبعی حالتیں)

ھ سیفنس اوپے ننگ + ھ۲ میڈی ای اسٹائنل ٹومر (سلعہ منصفیہ) + ھ۳ انجریز +

ہوں۔ پھر تخثّر کی وجہ سے گاہے دور کے اعضاء میں غانغرانا پیدا ہوجاتا ہے۔

تدبیر و علاج:۔ جبکہ شریانیں کچل گئی ہوں، اور تخثّر و غانغرانا پیدا نہ ہوچکے ہوں، علاج یہ ہے کہ مقام ماؤف کو بآرام (بے حرکت) اونچا کرکے رکھا جائے۔ اکتھیال (شمّاہی) اور حلوین (گلیسرین) کی تر پٹی رکھی جائے۔

(ب) شریان کا جلد کے نیچے پھٹ جانا (انشقاق تحت الجلد)[1] گاہے

شدید کھنچاوٹ (تمدد) کی وجہ سے، یا براہ راست کچل جانے سے یا ٹوٹی ہوئی ہڈی کے تیز نوکدار سرے سے چھد جانے کے باعث، یا کسی پرانے اکھڑے ہوئے جوڑ کو بٹھانے کی کوشش میں شریان مضروب ہوکر جلد کے نیچے پھٹ جاتی ہے۔ یہ انشقاق شریان گاہے کامل طور پر ہوتا ہے، اور گاہے ادھورا (جزوی طور پر)۔ ایسی حالت میں جراح پر یہ غور کرنا فرض ہے کہ وقوع آفت سے پہلے مریض کے نظام عروقی کی کیا حالت تھی۔ یعنے شرائین پہلے تندرست حالت میں تھیں، یا انہیں تکلّس[2] اور ورم ہلامی (سلعہ ہلامیہ) موجود تھا؟

جزوی تحت الجلد انشقاق یا جراحت (آفت) جب شریان کی دیوار کے اندرونی اور وسطانی طبقات میں لاحق ہوتی ہے تو مقام ماؤف پر تخثّر پیدا ہوجاتا ہے، یا اس مقام پر شریان کا بیرونی طبقہ بتدریج باہر کی طرف پھیلتا جاتا ہے، جس سے کچھ وقفہ کے بعد شریان میں انورسما پیدا ہوجاتا ہے۔

تخثّر سے شریان کے اندر رکاوٹ پیدا ہوجاتی ہے، جس سے

[1] سب کیوٹے نیس رپچر۔ [2] کلس (کیلسی فی کے شن)۔	[3] اتھی رو ما۔ سلعہ ہلامیہ۔

نیچے کا عضو سرد اور کمزور ہوجاتا ہے۔ سدہ سے نیچے شریان میں ضربان (تڑپ) بھی نہیں محسوس ہوتی +

علاج کے لئے وہی تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں جو احتمال غانغرانا کی صورت میں اختیار کی جاتی ہیں:- جلد کے بال مونڈکر اوسے بخوبی مطہر (پاک) کرکے دافع عفونت سفوف چھڑک دینا اور عضو ماؤف کو اونچا اوٹھا کر رکھنا چاہیئے، تاکہ وریدی خون کا اجتماع نہونے پائے۔ خونی سُدہ (جلطہ دمویہ) یا توخود بخود جذب ہوجائیگا، یا شریان کو مستقل طور پر مسدود کردیگا، جسکے بعد یا تو دوسری متصلہ شاخوں سے دورانِ خون کا سلسلہ دوبارہ قائم ہوجائیگا یا غانغرانا نمودار ہوجائیگا۔ غانغرانا کے علامات سے خبردار رہنا چاہیے۔ جب غانغرانا ہوجائے تو مجروح مقام سے اوپر عضو کو قطع کردینا چاہیئے +

اگر بعد میں انوریسما پیدا ہوجائے تو اوسکا علاج دیگر انوریسما جرحیہ[1] کی طرح کرنا چاہیئے +

شریان کے مکمل انشقاق تحت الجلد سے آس پاس کی ساختوں میں خون کا اجتماع (انصباب) ہوجاتا ہے، جس سے اوسکے اعصاب اور وریدوں پر دباؤ پڑتا ہے اور شدید درد محسوس ہوتا ہے۔ مقامی ورم ہوتا اور مقام زخم سے نیچے کے حصۂ عضو میں بھربھراہٹ (ورم رخو[2])۔ تبخ پیدا ہوجاتی ہے۔ ایسی حالت میں عفونت اور غانغرانا پیدا ہوسکتے ہیں +

ایسی تمام حالتوں میں، اگر کوئی بڑی شریان ماؤف ہے تو جلد ہی عمل جراحی لازمی طور پر کرنا پڑتا ہے۔ سدہ (جلطہ دمویہ) کو رگ سے

---

[1] انوریسما جرحیہ ٹرامے ٹک گنگرین +
[2] ورم رخو۔ بھربھراہٹ (ایڈیما) +

لکر پھٹی ہوئی شریان کے اوپر اور نیچے کے سروں میں گرہ لگانا چاہیئے۔
عفونت نمودار ہو جائے تو مقام زخم سے اوپر کی طرف عضو کی بڑی شریان
گا ہے گرہ لگانے کی ضرورت لاحق ہو جاتی ہے، جسکے بعد زخم کو اچھی
ح صاف و مطہر کرکے خرقہ زخم میں آہستگی کے ساتھ ٹھونس دینا چاہیئے +
اگر محض چھوٹی شریانیں پھٹی ہیں تو بجائے عملِ جراحی کے وہی تدابیر
بحالتِ تخثّر اختیار کی جاتی ہیں، عمل میں لانا چاہیئے +

۲) جروح واضحہ (کھلے زخموں) کے ساتھ شرائیں کی چوٹیں یہ ہو سکتی ہیں:
(۱) جروح وخذیہ (سوراخدار) (۲) جروح قطعیہ (کٹے ہوئے)
۱) جروح مزقیہ (پھٹے ہوئے) +

رائین کے جروح وَخذِیّہ (چھدے ہوئے زخم) اور **جروح قطعیہ**
کٹے ہوئے زخم) ان دونوں سے شدید سیلان خون ہو سکتا ہے بشرطیکہ
ار شریان کا کچھ ہی حصہ زخمی ہوا ہو۔ اسکی وجہ یہ ہے کہ شریان طبعی طور
سکڑنا اور پھیلنا چاہتی ہے، مگر زخمی دیوار کے باعث مکمل طور پر سکڑ
پھیل نہیں سکتی، بلکہ اوسکا سوراخ کھلا رہ جاتا ہے۔ اور یہ سیلان
س حالت کی نسبت زیادہ شدید ہوتا ہے، جبکہ شریان پورے طور
ٹ گئی ہو۔ کیونکہ مؤخرالذکر حالت میں کٹا ہوا سرا بطور خود کامل طور
سکڑ کر بند ہو جاتا ہے +

نزفِ اوّلی (نزف ابتدائی) جب بڑی اور اوسط درجہ کی شریانوں
ں سے واقع ہو تو ایسی حالت میں نہ صرف کٹی ہوئی رگ کے طرفِ قریب

---

۵ گاز۔خرقہ +
۵ نزف اولی۔ پرائمری ہیمورج
۵۳ پرکسی مل زنڈ +

(قلب سے متصل جانب کا سرا) کو باندھنا ضروری ہے، بلکہ اسکے طرف بعید (اعضاء کی طرف کا سرا) اور مقام زخم سے متصلہ شاخوں کو بھی باندھ دینا چاہیئے. مناسب حالتوں میں شریان کی سوراخ کو ٹانکے لگاکر بھی بند کرسکتے ہیں، لیکن ایسا کرنے میں تخثر (خون کا جم جانا) کے واقع ہونے کا شدید خطرہ رہتا ہے +

(۳) **بندوق کے زخموں میں** شریان گاہے کٹ کر بالکل جُدا ہوجاتی ہے، اور گاہے محض اوس کی دیوار کو صدمہ پہونچتا ہے. پہلی صورت میں نزف اوّلی اور دوسری میں چوٹ کے باعث انورسما جرحیہ یا شریانی وریدی انورسما پیدا ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے، اور اگر عفونت واقع ہوجائے تو نزف ثانوی بھی نمودار ہوسکتا ہے +

التہاب شریانی

التہاب شریانی (ورم شریانی) کی دو قسمیں ہیں، حاد اور مزمن +

(۱) **التہاب شریانی حاد**[۵۳]- یہ گاہے عفونت کے باعث پیدا ہوتا ہے اور باہر سے اندر کی طرف بڑھ کر بتدریج دیوارِ شریان کے تمام طبقات کو شریک کرتا ہوا، شریان کے اندر جوف شریان کے اندر) قرحہ بنا دیتا ہے، جس سے بالآخر نزف ثانوی واقع ہوتا ہے +

گاہے عفونی شُدہ شریان کے اندر بجنس کہ پہلے شریان کی اندرونی

۵۱ ڈسٹل اینڈ +	۵۳ التہاب شریانی حاد- اکیوٹ آرٹے
۵۲ آرٹیریو وینس انیورزم +	رائی ٹس +

طبقہ کو ماؤف کر دیتا ہے، اسکے بعد باہر کے طبقات میں التہاب ہوجاتا ہے۔ گاہے اسکے نتیجہ میں انورسا پیدا ہوجاتا ہے +

(۲) التہاب شریانی مزمن۔ یہ مختلف صورتوں میں نمایاں ہوتا ہے، اسکی دو اہم قسمیں درج ذیل ہیں:-

۱۔ ورمِ ہُلامی[۱] (سلعہ اردہالیہ) +

۲۔ التہاب بطانہ شریانی مُسِدّ[۲] +

(الف) "ورم ہُلامی" شریان کی اوس مزمن التہابی حالت کو کہتے ہیں جو عموماً مزمن تسمم دم[۳] کے باعث ایسے اشخاص میں پیدا ہوجاتی ہے جو کثرت سے شراب پیتے ہیں، یا جنہیں نقرس، آتشک، التہاب گردہ (ورم کلیہ[۴] مائی) وغیرہ کی شکایت موجود ہے۔ قیاس کیا جاتا ہے کہ ورم ہلامی کی ابتدا خون کے زیادہ دباؤ (تضاغط دموی) کے باعث ہوتی ہے اور ایسے مریضوں میں خون کا زیادہ دباؤ ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ مگر زیادہ جسمانی محنت ومشقت کرنے والے اشخاص میں بھی یہ حالت تسمم دم کی غیر موجودگی کے باوجود بڑھاپے کے زمانہ میں پائی جاتی ہے + ورم ہلامی کے باعث شریان میں انورسا یا غانغرانا پیدا ہوجانے کی صلاحیت بڑھ جاتی ہے۔ اس قسم کے ورم میں بالخصوص بڑی رگیں ماؤف ہوتی ہیں +

اس مرض میں ابتدائی تغیر یہ ہوتا ہے کہ بطانہ کے نیچے کی ساخت

---

[۱] ورم ہلامی (اتھیروما) +
[۲] التہاب بطانہ شریانی مسدو (انڈآرٹیرائٹس آبلی ٹرینس) +
[۳] تسمم دم = ٹاکسی میا +
[۴] برائٹس ڈیزیز +
[۵] کرانک آرتھرائٹس +

(نسیج تحت البطانہ) میں چھوٹے چھوٹے خلیات کا ترشح ہوجاتا ہے، پھر یہ فساد ترکیب[1] کے بعد لیفی ساخت میں تبدیل ہوجاتے ہیں۔ یا اس میں فساد شحمی[2] شروع ہوجاتا ہے۔

بالآخر حصۂ ماؤف، جو فساد ترکیب کے باعث نرم ہوجاتا ہے، یا تو شریان کے جوف کے اندر پھوٹ جاتا ہے، یا چونے میں مبدل ہوکر سخت صفیحہ کلسیہ[3] بنا دیتا ہے۔ بشرہ باطنہ (بطانہ) کے علاوہ یہ عمل شریان کے درمیانی عضلی طبقہ میں بھی جا پہونچتا ہے، جسے پہلے نرم بنا دیتا ہے، اور پھر اس کی عضلی ساخت کو تلف کرکے چھوٹے چھوٹے داغ اور دھبے پیدا کر دیتا ہے۔ اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یا تو شریان کی دیوار کمزور ہوکر اور پھیلکر انورسا پیدا کر دیتی ہے، یا عضلی حصہ میں چونہ جم جاتا، اور وہ کلسی ہوجاتا ہے۔ اسی طرح شریان کا بیرونی طبقہ بھی موٹا ہوکر شریان کے انبساط (پھیلاؤ) میں مزاحمت پیدا کر دیتا ہے۔

وَرمِ ہلامی کے نتائج ثانوی:-

۱۔ تخثر یا شریان کے اندر انجماد خون کا واقع ہونا۔

۲۔ انسداد یا سُدّہ بننا۔ یعنی کلسی ٹکڑے بطانہ شریان سے ٹوٹکر رگوں میں سُدّہ پیدا کرسکتے ہیں۔

۳۔ "تشریحی انورسا[4]" جس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ صفیحہ کلسیہ کے نیچے خون کی رو (بہاؤ) داخل ہوجاتی ہے۔ اور دیوارِ شریان کے طبقات

---

[1] سب اینڈو تھیلیل ٹشو۔

[2] ڈی جن ریشن (فساد۔ استحالہ)۔

[3] فیٹی ڈی جن ریشن۔

[4] صفیحہ کلسیہ: کیل کے رس پلیٹ۔

[5] تشریحی انورسا (ڈسکٹنگ انیورزم) وہ انورسا جس میں خون شریان کے طبقات کو چیرکر داخل ہوجاتا ہے۔

کے اندر خون داخل ہو کر تشریحی انوریسما پیدا کر دیتا ہے +

(ب) التہاب بطانۂ شریانی مُسدد۔ اِس حالت میں شریان کا اندرونی طبقہ (بطانہ) نمایاں طور پر موٹا ہو جاتا ہے، اور بالآخر جوفِ شریان کو مسدود کر دیتا ہے، یا تخثّر (انجماد خون) کا باعث بن جاتا ہے۔ اس مرض میں جدید ساخت جو بنتی ہے، وہ فساد و استحالہ کی طرف مائل نہیں ہوتی ہے، جیسا کہ ورم ہلامی میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ حالت بھی مختلف امراض میں خصوصاً کثرت شراب خوری، آتشک، ذیابیطس وغیرہ میں پائی جاتی ہے آتشک کے باعث چھوٹی شریانیں دماغ کے اندر اور آتشکی اور راتم[1] صفیہ کے آس پاس ماؤف ہو جاتی ہیں۔ چنانچہ مرکزی نظام عصبی کے ماؤف ہونے کے باعث مقامی یا عمومی استرخاء کا خطرہ ہوتا ہے، جس کی وسعت اس امر پر منحصر ہوتی ہے کہ مراکز اعصاب محرکہ کی خلیات کو خون پہنچانے والی رگیں کس درجہ متاثر ہوئی ہیں۔

شرابی اور ذیابیطسی مریضوں میں آخر کار بڑی شریانیں بھی (مثلاً شریان[2] قصبی مؤخر) ماؤف ہو جاتی ہیں، جس سے متعلقہ عضو میں نقص تغذ بلکہ غانغرانا تک کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ ذرّ[3] نی گرہوں کے قرب و جوار میں بھی ہمیشہ التہاب بطانہ مسدد کی مزمن حالت موجود رہتی ہے۔

---

[1] اور ام صفیہ۔ گمیٹا +۔

[2] پوسٹیریر ٹیبل آرٹری +

[3] ٹیوبرکلز +

فساد شریانی[1]

(شرائین کا استحالہ)

شرائین کے استحالہ (فساد ترکیب) کی متعدد قسمیں:

(۱) فسادِ کلسی[2] (استحالہ کلسیہ) بیشتر بوڑھے آدمیوں کی چھوٹی شریانوں میں ہوا کرتا ہے۔ اس میں شریان کے درمیانی طبقہ کے اندر چونا جم جاتا ہے، حتی کہ بالآخر یہ طبقہ بالکل سخت اور بے لچک چونے کی نلی کی طرح ہوجاتا ہے، جس میں خون کی نہایت قلیل مقدار بہ سکتی ہے۔ اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضو ماؤف میں خون کی کمی کے باعث نقص تغذیہ ہوجاتا ہے اور وہ عضو سرد پڑتا جاتا ہے۔ اس حالت میں بعض اوقات ذرا سی چوٹ لگنے سے تخثر[3] پیدا ہوجاتا ہے، اسکا آخری نتیجہ عموماً غانغرانائے شیخوخت[4] ہوتا ہے +

(۲) فسادِ شحمی[5] (استحالہ شحمیہ)۔ یہ بھی معمر اشخاص میں ہوتا ہے، اور بیشتر اورطی میں پایا جاتا ہے۔ جب یہ دماغ کی رگوں میں ہوتا ہے تو وہاں نزف (جریان خون) کا خطرہ رہتا ہے +

(۳) فسادِ نشوی[6] (استحالہ نشویہ) یہ عموماً جگر، گردوں، اور طحال کی شریانوں میں ہوتا ہے اور بیشتر ایسے مریضوں میں پایا جاتا ہے جنہیں تدرن[7] کے اثر سے عظام اور مفاصل مبتلائے مرض ہوں اور دیرینہ تقیح[8] موجود ہو +

---

[1] ڈی جن ریشن آف آرٹیریز + [2] کیل کے ریس ڈی جنریشن (ساخت کا چونہ میں تبدیل ہوجانا) [3] تھرامبوسس + [4] سینائل گنگرین (بڑھاپے کا غانغرانا) + [5] فیٹی ڈی جن ریشن (چربی میں تبدیل ہوجانا) + [6] فساد نشوی (نشاستہ میں تبدیل ہوجانا) امی لائڈ ڈی جن ریشن + [7] ٹیوبرکیولوسس + [8] سپوریشن +

انورسما[۱]

(اُمّ الدّم)

"انورسما" دیوار شریان کے غیر طبعی پھیلاؤ یا تھیلی کو کہتے ہیں جس میں
سیال یا منجمد خون بھرا ہوا ہوتا ہے، اور جو شریان کے اندر کے جوف
تعلق و اتصال رکھتا ہے۔ بالفاظ دیگر: انورسما ایک خونی ورم (سوجن)
جو باطن شریان سے متصل رہتا ہے، اور عروق کی دیواروں کے کمز
س پھیلاؤ (تمدد) سے پیدا ہوتا ہے +

انورسما کی دو قسمیں ہیں۔ (۱) حقیقی[۲] (یا مرضی) اور (۲) کاذب یا ضربی[۳]
سمائے حقیقی، شریان کی دیواروں کے تمدد (پھیل جانے) سے پیدا
ہے، جس کے وقوع سے پہلے دیوار شریاں میں غیر طبعی یا مرضی تغیرات
ہ سے فساد ترکیب (استحالہ) پایا جاتا ہے +

رسمائے کاذب یا ضربی، دیوار شریان میں جراحت یا چوٹ لگ جانے
ہوتا ہے، مگر انورسما کی تھیلی کے بنانے میں خود شریان کا کوئی حصہ
نہیں ہوتا۔ انورسمائے کاذب میں شریان کی دیواروں کے اندر
قسم کے غیر طبعی تغیرات پہلے سے موجود نہیں ہوتے، جو اسے پھیلنے کی
مائل کریں، بلکہ یہ پہلے سے طبعی حالت میں ہوتی ہیں۔ البتہ ضرب جراحت
ہ سے یہ مجروح ہوجاتی ہیں۔ ضربی یا کاذب انورسما کے متعلق پہلے

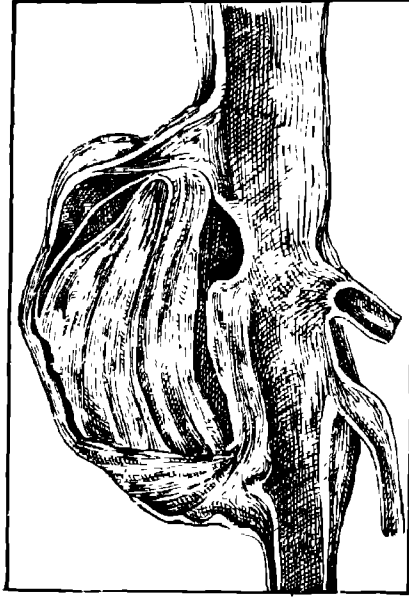
[۱] انیورزم = انورسما +
[۲] ٹرو انیورزم (پیتھالوجیکل انیورزم) +
[۳] فالس انیورزم (ٹراومیٹک انیورزم) +

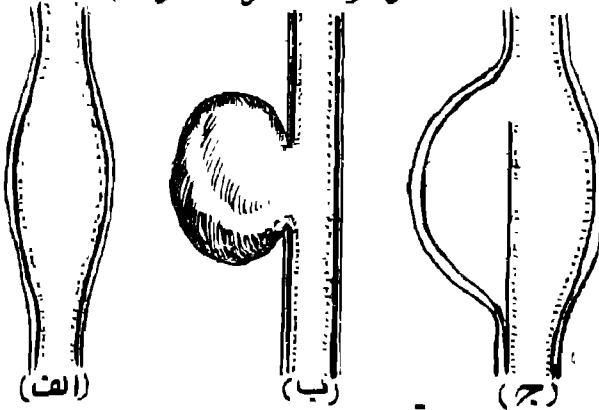
آفات شریان کے بیان میں تذکرہ آچکا ہے +

حقیقی انورسما کے اسباب :- انورسما ہونے سے پہلے کوئی نہ کوئی مرض شریان میں موجود ہوتا ہے۔ مثلاً ورم ہلامی[1] (ورم اردہالی) جو اکثر پایا جاتا ہے۔ جب شریان کا درمیانی طبقہ ماؤف ہو کر کمزور ہو جاتا ہے تو وہ غیر معمولی طور پر پھیل جاتا ہے۔ شریان کے جروح رضیہ[2] یا دباؤ اور رگڑ یا زور پڑنے کے باعث درمیانی طبقہ پھٹ جاتا ہے، جس سے شریانی کی دیوار اور بھی کمزور ہو کر پھیل جاتی ہے۔ خون کے دباؤ (ضغط[3] دموی) کی زیادتی، مثلاً یکایک اور شدید زور و محنت سے انورسما کا خطرہ پیدا ہو جاتا ہے +

انورسما کی ساخت :- ابتداءً انورسما کی تھیلی شریان کے ایک یا زائد طبقات سے بن جاتی ہے۔ لیکن جب بتدریج انورسما بڑھتا جاتا ہے، اسکی تھیلی محض ترب دجوار کی ٹھوس خلوی ساخت کی ہو جاتی ہے۔ اور اوسکے اندر کے بطانہ[4] کا استر جلد ہی غائب ہو جاتا ہے، اور تھیلی کے اندر لیفین[5] پرت در پرت جمتی چلی جاتی ہے۔ کبھی کبھی ایسا بھی مشاہدہ میں آیا ہے کہ انورسما کی تھیلی کے اندر خون کا لوتھڑا یکے بعد دیگرے سرخ اور سفید طبقات کی شکل میں جما ہوا ہوتا ہے +۔ مرضی انورسما کی تین قسمیں بتائی گئی ہیں +

(الف) **انورسمائے مغزلی[6]** (تکلہ نما) جس میں شریان کی دیوار اپنے پورے محیط میں یکساں طور پر پھیل جاتی ہے (نہ کہ اسکی دیوار محض کسی

[1] ورم ہلامی۔ اِتھی روما +	[4] انڈو تھیلیم +
[2] جروح رضیہ۔ کن ٹیوژن انڈز +	[5] فائبرین +
[3] بلڈ پریشر	[6] انورسمائے مغزلی = فیوزیفارم انیورزم

تصویر (۲۳)

انورسمائے کیسی (شکیس = تھیلی نما)

تصویر (۲۴)

انورسمائے مغزلی، کیسی، اور تشریحی کے خاکے

(ج) انورسمائے تشریحی میں شریانی دیوار دو طبقات میں منقسم ہو جاتی ہے + ان تینوں خاکوں میں اندرونی نقطہ دار ایک لکیر شریان کے بطانہ کو ظاہر کرتی ہے؛ درمیانی موٹی لکیر طبقہ متوسطہ کو بتاتی ہے، اور بیرونی لکیر بیرونی طبقہ کو +

(ب) انورسمائے کیسی میں شریانی دیوار کی طبعی ساخت تھیلی کے دہانہ کے پاس ہی سے گھٹ جاتی ہے +

(الف) انورسمائے مغزلی میں دیوار پھیل جاتی ہیں، لیکن ساخت میں تقریباً کوئی تبدیلی نہیں آتی +

ایک طرف پھیل جائے) +

(ب) انورسمائے کیسی[1] (تکیس، تھیلی نما) جس میں شریان کی مددیا دیوار صرف ایک مقام پر پھیل کر جوف شریان سے باہر ایک تھیلی بنا دیتی ہے، جو ایک تنگ راہ کے ذریعہ جوف شریان سے تعلق رکھتی ہے +

(ج) انورسمائے تشریحی[2]۔ اس میں دیوار شریان کے طبقات کے درمیان خون داخل ہو کر طبقات کو ایک دوسرے سے جدا کر دیتا ہے +

یہ قسم نہایت شاذ ہے۔ اور بیشتر اورطی میں پائی جاتی ہے اور اوسکی دیوار میں دور تک پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ زندگی کی حالت میں اسکا پتہ نہیں چلتا۔

انورسما کی ایک تیسری اور چھوٹی قسم بھی ہے جسے انورسمائے[3] شریانی وریدی کہتے ہیں، جو تقریباً ہمیشہ چوٹ اور ضرب کے اثر سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اس میں شریان اور متصلہ ورید کے درمیان تعلق (راستہ) قائم ہو جاتا ہے +

ایک محدود[4] انورسما کے اعراض و علامات:-

علامات[5] ذاتیہ (داخلیہ) یہ علامات انورسما کے حجم اور رجائے وقوع کے لحاظ سے کم و بیش ہوتے ہیں۔ چنانچہ ایک پھیلنے والی سوجن یا ورم جو حرکت قلب یا نبض کی تڑپ کے ساتھ متحرک اور تڑپنے والا ہوتا ہے،

---

[1] انورسمائے کیسی (تکیس) د سیکیولیٹڈ انیورزم +

[2] انورسمائے تشریحی۔ ڈسیکٹنگ انیورزم +

[3] آرٹیریو وینس اینورزم

[4] محدود انورسما۔ سرکمس کرائبڈ انیورزم +

[5] علامات ذاتیہ۔ ان ٹرن زک سائنز (وہ علامات جو مخصوص طور پر محل مرض میں پائے جاتے ہیں) +

شریان کے طول میں محسوس ہوتا ہے۔ عموماً اس میں مسماع[1] صدری سے
سُننے پر ایک غیر طبعی آواز (نفخ[2]) آتی ہے۔ اگر شریانِ ماؤف کو انورسما کے
اوپر (یعنے قلب کی طرف) دبا یا جائے تو انورسما کا حجم اور ابھار کم ہوجاتا ہے
اور جب یہ دباؤ ہٹا لیا جاتا ہے تو نبض کی تین چار ضربوں کے بعد پھر اوسکا
حجم بڑھ جاتا ہے۔ اگر انورسما سے نیچے کسی مقام پر شریان کو دبا دیا جائے تو
انورسما کی تھیلی زیادہ سخت (تنی ہوئی) ہوجاتی ہے +

علامات خارجیہ[3]:- یہ علامات انورسما کے بڑھے ہوئے حجم اور سیلان
خون میں مزاحمت واقع ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں +

اگر انورسما گردن یا اطراف (ہاتھ پاؤں) میں ہو، تو انورسما سے
نیچے کی شریانوں کی نبض طرفِ مقابل کی شریانوں کی نبض کی نسبت زیادہ
کمزور محسوس ہوتی ہے، نیز اسکی تڑپ کچھ دیر کے بعد محسوس ہوتی ہے +

وریدوں میں دباؤ پڑنے سے اجتماع خون ہوجاتا ہے، علے ہذا
اس سے گاہے اوذیما (وَرمِ رخو) اور غانغرانا بھی پیدا ہوجاتا ہے +

اعصاب پر دباؤ پڑنے سے دردِ معکوس[4] بے حسی (خدر) یا استرخاء
پیدا ہوجاتا ہے +

انورسما کو بڑھنے میں جن جن ساختوں سے مزاحمت پیش آتی ہے،
اُن سب کو انورسما کھانے اور ضائع کرنے لگتا ہے۔ ہڈی کو کھا کر کھوکھلا

---

[1] اسٹےتھس کوپ +

[2] برُوٹ۔ نفخ +

[3] علامات خارجیہ (اکس ٹرن زک سائنز) وہ علامات جو مقام مرض سے خارج میں ہوں +

[4] دردِ معکوس (ریفرڈ پین) وہ درد جو دوسرے مقام پر ہو یعنی وہاں، جہاں درد کا سبب موجود ہے، درد نہو، بلکہ اس سے دور درد ہو +

کر دیتا ہے، جو گاہے خود بخود ٹوٹ جاتی ہے (کسر ذاتی[1]) - گڑیوں (غضاریف) پر بھی اثر پڑتا ہے، مگر ہڈی کے نسبت کمتر۔ گاہے انورسما اہم ساختوں، مثلاً ہوا اور غذا کی نالیوں (قصبہ ریہ اور مری) پر بھی دباؤ ڈالکر اونمیں زخم پیدا کر دیتا ہے، حتیٰ کہ گاہے اونمیں پھوٹ بھی نکلتا ہے گاہے انورسما کی تھیلی باہر کیطرف بڑھ کر بالآخر جلد یا غشائے مخاطی کی سطح سے پھوٹ نکلتا ہے، چونکہ اس مرض میں قلب کو غیر معمولی طاقت سے کام کرنا پڑتا ہے، اس لئے وہ بڑا ہو جاتا ہے۔ (عظم القلب)۔
گاہے سُدے (انورسما کی تھیلی کے خون کا لوتھڑا) ٹوٹ کر سیلان خون میں گردش کرنے لگتے ہیں، جو شفاء ذاتی سے یا تو خود بخود ختم ہو جاتے ہیں، یا قرب وجوار کی رگوں میں غانغرانا پیدا کر دیتے ہیں + گاہے انورسما شریان کی دیوار پر دباؤ ڈال کر اوسکو مسدود کر دیتا ہے۔ گاہے دیوار میں عفونت پیدا ہو جاتی ہے، جو اتفاقاً علاج بن جاتی ہے، یعنی تہیج[2] کے اثر سے انورسما اچھا ہو جاتا ہے +

انورسما کے نتائج :-

(۱) **شفاء ذاتی**۔ (انورسما کا خود بخود اچھا ہو جانا) ایسا شاذ و نادر ہوتا ہے، جب ایسا ہوتا ہے تو اسکی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ کیسۂ انورسما کے اندر لیفین تہ برتہ جم کر بتدریج پورے کیسہ کو مسدود کر دے - یہ محض چھوٹی شریانوں میں اوسوقت ہوتا ہے جبکہ کیسہ اور شریان کا درمیانی راستہ بہت چھوٹا ہو۔ بیشتر تو شفاء ذاتی اس وجہ سے واقع ہوتی ہے کہ کیسۂ انورسما کا پھیلاؤ شریان کو اوپر یا نیچے کی طرف سے دبا دیتا ہے

[1] کسر ذاتی = اسپان ٹے نیس فریکچر +	[2] تہیج اوری لے ٹشن +

حتیٰ کہ اوسکے اندر کا خون جم جاتا ہے۔ یہی بات اوسوقت بھی حاصل ہوتی ہے جبکہ منجمد خون (سدہ) اپنے دباؤ سے شریان کے نیچے کے حصہ کو مسدود کردے۔ نہایت شاذ صورتوں میں یہ بھی ہوتا ہے کہ کیسۂ انورسما میں پیپ پڑجاتی ہے جو شفا رذاتی کا سبب بن جاتی ہے +

(۲) انورسمائے منتشرہ | اگر انورسما کو بلا تعرض چھوڑدیا جائے تو اوسکی معمولی سرگذشت یہ ہوگی کہ وہ بتدریج بڑھکر ساختوں کو کھاتا جائیگا (جذب وہضم کرتا جائیگا)، حتیٰ کہ وہ کسی کھلی (آزاد) سطح پر یا جلد کے نیچے پھوٹ جائے گا۔ ایسی حالت میں (یعنی جبکہ وہ جلد کے نیچے پھوٹے) اوسکو انورسمائے منتشرہ[1] کہتے ہیں +

اندرونی انورسما کے پھٹنے میں عموماً نہایت شدید درد ہوتا ہے، اور موت جلدہی واقع ہوجاتی ہے +

بیرونی انورسما گاہے یکایک پھٹتا ہے اور گاہے بتدریج، اگر بتدریج پھٹے تو اوسکا حجم اور ورم آہستہ آہستہ بڑھتا جاتا ہے اور اوسکے حدود (محیط) غیر ممتاز ہوجاتے ہیں، اوسکی تڑپ (ضربان) خفیف ہوجاتی ہے، اور اعصاب اور وریدوں کے دباؤ کی علامات بڑھتی جاتی ہیں، حتیٰ کہ بعض اوقات ان کے دباؤ سے غانغرانا پیدا ہوجاتا ہے۔ اور اگر وہ یکایک پھٹے تو مقام ماؤف میں شدید درد ہوتا ہے، ورم (سوجن) نہایت جلد بڑھ جاتا ہے، اور اوس میں تناؤ اور سختی زیادہ ہوجاتی ہے اور تڑپ جاتی رہتی ہے۔ متصلہ عروق کی شاخوں پر (دوران جانبی[2] کی رگوں پر) دباؤ پڑنے سے گاہے غانغرانا ہوجاتا ہے، ایسی صورت

[1] انورسمائے منتشرہ ڈیفیوزڈ اینورزم +

[2] دوران جانبی۔ کولیٹرل سرکولیشن +

میں گاہے پیپ پڑجاتی ہے، اور گاہے یہ باہر نکلکر پھٹ جاتا ہے +

(۳) تقیح[ل] (پیپ پڑجانا) یہ نہایت خطرناک علامت ہے۔ یہ دوران علیت میں عدوئی جراثیمی کے اثر سے، یا انتشار انورسما کے بعد عدوائے[ل] ذاتی سے پیدا ہوجاتا ہے، چنانچہ انورسما کا ورم بڑھکر سُرخ اور گرم ہوجاتا ہے درد زیادہ ہوجاتا ہے، اور اوذیما ورم رخو، تہیج) پیدا ہو جاتا ہے۔ اب اگر اسکو چھیڑا نہ جائے، اور اسی طرح چھوڑ دیا جائے تو یہ خود بخود سطح کی طرف مُنہ کرکے پھوٹ جاتا ہے، خون اور پیپ خارج ہوتی ہے، پھر مریض یا اوسیوقت مرجاتا ہے، یا باربار خون کے جاری ہونے سے موت آتی ہے +

امتیازات تشخیصی (علامات فارقہ) جن سے انورسما کی تشخیص مندرجہ ذیل دیگر متشابہ حالات سے کی جا سکتی ہے:-

۱- رسولی[۳] (سلعہ) یا خراج[۴] مزمن، جو شریان سے متصل ہو اور اُسمیں اس متصلہ شریان کی وجہ سے ضربان شریانی منتقل ہوکر آرہی ہو، ایسی صورت میں یہ دونوں انورسما سے متشابہ ہوجاتے ہیں۔ مگر ان صورتوں کو انورسما سے متمیز کرنے کے لئے علامات فارقہ یہ ہیں کہ اِنمیں ضربان (تڑپ) کے ساتھ مقام ورم پر (رسولی یا خراج پر) انورسما کی طرح پھیلنا، سُکڑنا اور کم وبیش ہونا محسوس نہیں ہوتا۔ علاوہ ازیں رسولی کو اگر شریان سے قدرے ہٹالیا جائے (کہ شریان کی ضربان نہ پہونچ سکے) تو اوسکی ضربان پھر ظاہر نہیں ہوتی، نیز اگر شریان کو متورم مقام (رسولی یا خراج) سے اوپر

[ل] سپوریشن +	[۳] ٹیومر +
[۲] آٹوانفکشن	[۴] کرانک ایبسس +

دبا دیا جائے، تو رسولی یا خراج کا حجم کم نہیں ہوتا، جیسا کہ انورسما کی صو
یں ہوا کرتا ہے۔ مقام ماؤف سے نیچے کی نبض میں انورسما کی طرح تا
تخفیف نہیں پائی جاتی +

۲۔ سلعۂ لحمیہ نابضہ (جس میں ضربان موجود ہو) بادی النظر میں ا
سمجھا جا سکتا ہے۔ لیکن اگر سلعۂ لحمیہ شریان سے ہے تو ایسی صورت
بآسانی فرق کیا جا سکتا ہے۔ اسکی ساخت بھی انورسما کی طرح یکساں
نہیں ہوتی ہے۔ شریان کے بالائی حصہ پر دباؤ ڈالنے سے سلعۂ لحم
حجم انورسما کی طرح کم نہیں ہوتا۔ اگر کم ہوتا ہے، تو محض خفیف طور پر، کیو
لحمیہ متصلہ ساختوں کے اندر گھسا ہوا ہوتا ہے، جو انورسما کی صورت
نہیں ہوتا +

۳۔ انورسما کے درد کو اگر اچھی طرح غور سے نہ دیکھا جائے تو بادی الن
وجع المفاصل اور عصبی درد (پٹھے کے درد) سے مشابہ معلوم ہوتا۔
اسلئے ایسی حالت میں شریان کا بغور معائنہ کرنا چاہیئے +

انورسما کا علاج :-

(۱) **طبی علاج** :- انورسما کا اصول علاج یہ ہے کہ ایسے حالات پ
کئے جائیں جن سے کیسۂ انورسما کے اندر خون کے جمنے میں مدد ملے +
دوران خون کی سرعت اور قوت میں تخفیف پیدا کرنے کے لئے غ
مقدار میں اور خصوصاً سیال چیزوں کے استعمال میں کمی کر دینی،
اسی طرح خود خون کی قابلیت انجماد کو بھی ادویہ و تدابیر سے بڑھا دینا
(الف) **ٹفنل کا طریقہ**[۱] یہ ہے کہ مریض کو بہ سکون و آرام بستر پر

[۱] ٹفنل سے تعلق +

رکھا جائے (کھڑا نہ ہونے دیا جائے) اور چوبیس گھنٹے میں صرف دس اوقیہ (اونس) خشک غذا اور آٹھ اوقیہ سیالات دیے جائیں +

(ب) **ادویہ کا استعمال**۔ قلویہ بنفش آمیز (آیوڈائیڈ آف پوٹاسیم) پندرہ سے ساٹھ قمحہ (گرین) تک دن بھر میں تین بار دینا، اور کلسیہ خضر آمیز (کلورائڈ آف کیلسیم) پانچ سے دس قمحہ (گرین) کی مقدار میں دو بار دینا انجماد خون میں مدد دیتا ہے۔ ہلامین (جی لاٹین) کی تحت الجلد پچکاری کا اثر یہ بیان کیا جاتا ہے کہ اس سے کیسۂ انورسما کے اندر خون کے انجماد میں مدد ملتی ہے +

(۲) **جرّاحی علاج**۔ اگر اندرونی انورسما ہے تو اوس میں دخل دینا خلاف مصلحت ہے۔ ہاں اگر وہ انورسما منتشرہ بن جائے، تو پھر مناسب دخل دینا ضروری ہے +

(۱) **کیسۂ انورسما کا استیصال کامل**:۔ یہ صورت اگر ممکن ہو تو بہترین علیت ہے۔ اسکی صورت یہ ہے کہ عضو ماؤف کو اونچا اوٹھا کر خون سے خالی کر لیا جائے۔ پھر نشتر لگا کر کیسہ کو بخوبی کھول لیا جائے، اور مقام انورسما سے اوپر اور نیچے شریان میں گرہ لگا کر اور انورسما کو کاٹ کر بالکل خارج کر دیا جائے +

اگر کیسہ بہت بڑا ہو تو اوسکو نشتر سے چیر کر اوسکا خون خالی کر دینا چاہئے، اگر کیسۂ انورسما سے کوئی ورید چپک کر ملتصق ہو گئی ہو تو شریان ماؤف کے ساتھ اُس ورید کو بھی کاٹ کر خارج کر دینا چاہئے۔ اس طرح ورید کو کاٹ دینے سے غانغرانا پیدا ہونے کا چنداں خطرہ نہیں رہتا، کیونکہ التصاق ورید کے بعد جلد ہی عموماً متصلہ وریدی شاخوں کے ذریعہ

دوران خون (دوران جانبی) قائم ہوجاتا ہے +

(۲) **عملیت مطاس[1] یا خیاطت[2] انورسما و یہ باطنہ** (انورسما کے اندر ٹانکہ لگانا) :- اس عملیت کی دو قسمیں ہیں :-

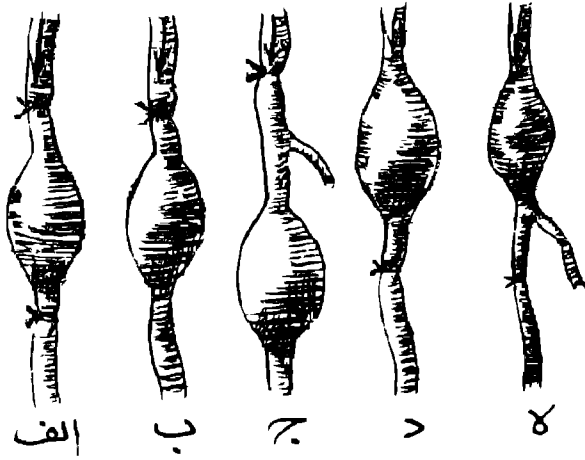
(الف) **طریقہ تسدید** (تسدید = بند کرنا)۔ یہ طریقہ صرف مغزلی[3] انورسما کے لئے قابل استعمال ہے۔ کیسۂ انورسما کو شق کرکے اندر کا جما ہوا خون خارج کردیا جاتا ہے۔ پھر کیسہ کے اندر جتنی رگیں داخل ہورہی ہیں اون سب کے سوراخوں میں کیسہ کے اندر کی طرف سے ٹانکے باندھ دئے جاتے ہیں، اور پھر کیسہ کو خیاطت مخفیہ (مدفونہ ٹانکوں) سے مسدود کردیا جاتا ہے۔

(ب) **طریقہ شافی**[4]، یہ کیسئی[5] انورسما کے لئے مستعمل ہے۔ اسمیں شریان کے جوف کو قائم رکھا جاتا ہے، اور صرف انورسما کے ملحقہ کیسہ کو مسدود کردیا جاتا ہے +

(۳) **ربط شریانی**[6] (شریان میں گرہ باندھنا) اسکی چار قسمیں ہیں :-

(الف) **عملیت آینل**[7] :- اس عملیت میں کیسہ کے بالکل قریب ہی شریان کو باندھ دیا جاتا ہے۔

(ب) **عملیت ہنٹر**[8] :- اسمیں شریان کو ایسے فاصلہ پر باندھ دیا جاتا ہے کہ شریان کی کم ازکم ایک شاخ گرہ سے اوپر قائم رہ جاتی ہے۔ ایسی صورت میں ابتداءً کیسہ کے اندر بہت ہی تھوڑا سا خون جاتا ہے، اور پھر یہ

[1] مے ٹاس آپریشن +	[5] سیکیولر اینوریزم +
[2] انڈو اینوریزموریفی +	[6] لیگیچر آف آرٹری +
[3] فیوزی فارم اینوریزم	[7] اینلس آپریشن
[4] ریسٹوریٹو میتھڈ	[8] ہنٹرس آپریشن

تصویر (۲۵)

انورسما کے باندھنے کے مختلف طریقے

(الف) عملیت انتیلوس (این ٹیلس مے تھڈ)
(ب) عملیت اینل (اے نلس آپریشن)
(ج) عملیت ہنٹر (ہنٹرین آپریشن)
(د) عملیت براسدور (براسٹڈورس آپریشن)
(ہ) عملیت وارڈوپ (وارڈروپ آپریشن)

بتدریج منجمد ہوجاتا اور کیسہ یقین سے پُر ہو کر سکڑ جاتا ہے۔ یہ عملیت مندرجۂ ذیل صورتوں میں ناجائز ہے :-

۱۔ جب کوئی اندرونی انورسما موجود ہو، یا جبکہ قلب میں کوئی شدید مرض ہو +

۲۔ جب متصلہ عروق کی شاخوں کے ذریعہ سے دوران خون اسقدر زیادتی کے ساتھ قائم ہوچکا ہو کہ کیسہ کو دبانے سے خون کا دوران نہ روکا جاسکے +

۳۔ جب غانغرانا کا خطرہ ہو یا غانغرانا موجود ہو +

۴۔ جب عظام ومفاصل خطرناک صورت میں ماؤف ہوں +

۵۔ جب رگوں میں تکلّس[۱] ہو +

(ج) **عملیت[۲] برا سدور یا عملیت وارڈروپ[۳]** ۔ اس میں خود شریان ماؤف کو یا اوس کی بڑی شاخوں کو طرف[۴] بعید (قلب سے دور) پر باندھا جاتا ہے۔ یہ عملیت گردن کی انورسما میں اُسوقت کی جاتی ہے جبکہ شریان اسقدر گہری اور ناقابل رسائی ہو کہ کیسۂ انورسما کے طرف قریب[۵] پر (قلب سے قریب) گرہ لگانا محال ہو۔

ربط شریانی کے مندرجۂ بالا تینوں طریقوں میں اس بات کا امکان ہے کہ عملیت کے چند روز بعد کیسۂ انورسما میں ضربانی حرکت دوبارہ پیدا ہوجائے، اور پھر خود بخود غائب ہوجائے گا ہے یہ ضربانی حرکت مستقلاً قائم رہ جاتی ہے اور عملیت ناکام ثابت ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں

---

[۱] کیل سی نی کے شن + [۲] براسڈورس آپریشن + [۳] وارڈرولس آپریشن +
[۴] ڈسٹل انڈ + [۵] پراکسی مل انڈ +

شریان کو دوبارہ باندھنے کی یا کیسہ کو قطع کر دینے کی ضرورت لاحق ہوجاتی ہے، بلکہ اگر غانغرانا نمودار ہوجاتا ہے تو عضو کو کاٹ دینا (عمل بتر کرنا) پڑتا ہے۔

(د) انورسا کے کیسہ کو نشتر لگا کر چیر دینا اور پھر اوس سے اوپر اور نیچے شریان میں گرہ باندھ دینا (عملیۃ انتیلوس)[1]۔ اس عمل میں انورسا کی تھیلی کا کلی استیصال (کاٹ کر خارج کرنا) کر دیا جاتا ہے۔ یہ زمانہ حال کا مروجہ طریقہ ہے) اندنوں انورسا کی دستکاری میں عادتاً شریان کے ساتھ ورید کو بھی باندھ دیا جاتا ہے، جس سے غانغرانا کے وقوع کا خدشہ کم ہوجاتا ہے +

(ہ) ضغط (شریان کو دبانا) دباؤ کی دو قسمیں ہیں۔ ضغط ثابت (ضغط دائم) یا ضغط متقطع (ضغط نائب)[2]، پہلی صورت میں دباؤ مسلسل قائم رہتا ہے، اور دوسری صورت میں رک رک دباؤ ڈالا جاتا ہے۔ پھر دباؤ کا ہے انگلی سے دیا جاتا ہے (ضغط اصبعی) اور گا ہے کسی آلہ سے (ضغط آلی)۔ دباؤ کا طریقہ چونکہ زیادہ سود مند ثابت نہیں ہوا، اس لئے اب تقریباً متروک الاستعمال ہے۔ شاذونادر جب کیا جاتا ہے، تو اسکی صورت یہ ہوتی ہے کہ جب ممکن ہوتا ہے، تو شریان کے طرف قریب پر اور کیسۂ انورسا سے کچھ فاصلہ پر چوبیس[۲۴] سے چھتیس[۳۶] گھنٹے تک مسلسل یا رک رک کر دباؤ ڈالا جاتا ہے۔ اس طریقہ کے خلاف مندرجۂ ذیل امور ہیں:۔

(۱) رگ پر قرار واقعی دباؤ ڈالنا مشکل ہے۔ (۲) دبانے سے

۱؎ ان ٹی لوس آپریشن +	۳؎ کنٹی نواس پریشر +
۲؎ کمپریشن = ضغط +	۴؎ انٹرمی ٹنٹ پریشر +

درد پیدا ہو جاتا ہے، (۳) دبائو کے مقام پر شریان میں آفت
ے کا احتمال ہے +
) وخز برقی یا وخز قلوانی (سوئی چبھو کر بجلی پہونچانا) کیسہ کے
سوئی چبھو کر اوس میں برقی رَو دوڑانا یہ طریقہ ناقابل اطمینان و
سب ہے +
) خارجی اشیاء کا ادخال۔ کیسۂ انورسا کے اندر خارجی اشیاء
غریبہ) کا داخل کرنا۔ شکم کے انورسا کے اندر ایک چھوٹی نلکی (انبوبہ
خانہ) کے ذریعہ نہایت باریک فولاد کا تار داخل کر دیتے ہیں اور
ہ اس تار سے برقی رَو بھی پہونچاتے ہیں۔ بعض مریضوں میں اس
سے کم و بیش کامیابی حاصل ہوئی ہے؛ اسی مقصد کے لئے ڈاکٹر
ٹ کا ایک خاص آلہ نہایت کامیاب ثابت ہوا ہے +
) وخز ابری یا غرز ابری بطریقۂ مکیون :- اس طریقہ علاج
نہایت باریک سوئیاں کیسۂ انورسا کے اندر چبھو کر کچھ عرصہ
وہاں چھوڑ دی جاتی ہیں۔ ضربان (نبضان) کے ساتھ جب کیسہ
اسکڑتا ہے تو سوئیاں کیسہ کی پچھلی دیوار کو رگڑتی ہیں اور اوس
اش والتہاب پیدا ہو کر دیوار موٹی اور دبیز ہو جاتی ہے۔ جس سے
انورسا کی تھیلی مسدود ہو جاتی ہے۔
قطع عضو یا بتر عضو۔ انورسا کے علاج کے لئے عضو کو کاٹنے

ل ویز بنکچر۔ وخز برقی۔ تحلیل برقی۔	۵۳ کورلٹ ایریسٹس +
ل کہربائی +	۵۴ اکوبنکچر بائی میکونس سے تعمد +
مینورلا۔ نہاں خانہ +	۵۵ امپوٹے شن بتر +

کی ضرورت ذیل کی صورتوں میں لاحق ہو سکتی ہے +

(الف) جب غانغرانا پیدا ہو گیا ہو +

(ب) جب مفاصل کھل گئے ہوں یا ہڈیاں اسقدر سڑ گئی ہوں کہ عضو بیکار ہو چکا ہو +

(ج) جب انورسما تحت الترقوۃ[1] ہوتا ہے، تو بعض مریضوں میں یہ عمل اسواسطے مناسب ہوتا ہے کہ عمل بتر کے بعد کیسۂ انورسما کے اندر بہنے والے خون کی مقدار کم ہو جاتی ہے +

انورسمائے منتشرہ کا علاج:- اگر خون ساختوں میں بتدریج ٹپک رہا ہے جسکی علامت یہ ہے کہ اسکا حجم بتدریج بڑھے گا، تو شریان میں گرہ باندھ کر عضو کو بے حرکت (سکون سے) اور بلند رکھا جائے۔ اگر اس سے فائدہ نہو تو علاج اوسی طریقہ پر کرنا چاہئے جیسا کہ انورسما کے یکایک پھٹنے پر کیا جاتا ہے۔ یعنے عضو کو بلند کر کے اور رباط ضاغط لگا کر خون سے خالی کیا جائے، اور کیسہ کو بخوبی کھول کر شریان کو اوپر اور نیچے سے باندھ دیا جائے علاوہ ازیں کیسہ کے اندر رگوں کی جتنی شاخیں آرہی ہیں اونپر بھی گرہ لگانی چاہئے۔

اگر علامات سے معلوم ہو کہ غانغرانا پیدا ہو رہا ہے، یا اگر نزف[3] ثانوی واقع ہو جائے تو عضو کو قطع کرنے کا عمل کیا جائے +

التہابی[4] انورسما کا علاج۔ شریان پر گرہ لگا کر عضو کو بلند اور بے حرکت رکھنا چاہئے اور اسپر برف رکھکر سردی پہونچانی چاہئے۔ اگر یہ بے کار

---

[1] سب کلیوین اینورزم +	[3] سکنڈری ہیمورج +
[2] ڈیفیوزڈ اینورزم +	[4] انفلیمڈ اینورزم +

ثابت ہو اور التہاب کے علامات قائم رہیں تو علاج انورسما منتشرہ کے اصول پر کرنا چاہئے، اگر عفونت پیدا ہوگئی ہے تو کیسہ میں خرقہ (دساسم) بھر دیا جائے۔ اگر غانغرانا پیدا ہو رہا ہو، یا نزف ثانوی پیدا ہو جائے تو بتر کیا جائے +

مُفرداتِ انورسما

انورسما[1] مخصوصہ (مخصوص مقامات کے انورسما)

اورطی صدری[2] کا انورسما:- اس انورسما کا پورا بیان جراحی کی کسی کتاب میں نہیں کیا جا سکتا، بلکہ اسکا تعلق بہت حد تک طبی[3] کتاب سے ہے۔ اسکا ظہور یا اس طرح ہوتا ہے کہ ایک تڑپنے والی سوجن (ورم نابض[4]) نمودار ہوتی ہے، یا اس طرح کہ اسکے دباؤ کے اثر سے چند علامات رونما ہو جاتی ہیں۔ اسکے علامات اورطی صدری کے مختلف اجزاء کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں +

قوس اورطی کے جزء صاعد کا انورسما عموماً زیادہ بڑا نہیں ہوا کرتا اور خصوصاً جبکہ یہ غلاف القلب کے اندر واقع ہو۔ بسا اوقات انورسما کی تھیلی دباؤ کے علامات کے رونما ہونے سے پہلے پھٹ جایا کرتی ہے۔

قوس اورطی کے آڑے حصے (جزء مستعرض) کا انورسما گاہے

---

[1] اسپے شل اینورزم +
[2] تھوریسک اے آرٹا +
[3] سرجیکل بک +
[4] میڈیکل بک +
[5] پلسے ٹنگ سوئے لنگ +

حنجرہ (نہر دتغرہ) میں ظاہر ہوتا ہے، اور بعض اوقات عظم القص کو کھا کر (گلا کر) اسکے بیچ میں ابھر آتا ہے، یا پیچھے کی طرف مائل ہو کر مری اور قصبہ ریہ پر دباؤ ڈالتا، اور عسر التنفس (سانس کی دشواری) اور عسر البلع (نگلنے کی دشواری) پیدا کر دیتا ہے۔ عسر تنفس کے پیدا ہونے کی وجہ بعض اوقات یہ بھی ہو سکتی ہے کہ انورسما کا دباؤ عصب حنجری راجع پر پڑتا ہے، جس سے حنجرہ کے عضلات مبعدہ مفلوج ہو جاتے ہیں۔ تنگی تنفس کے علاوہ اکثر آواز بیٹھ جاتی ہے (بحۃ الصوت) اور خشک کھانسی آتی ہے؛ گاہے کھانسی کی آواز بہت تیز اور سخت ہو جاتی ہے، جس کو اصطلاحاً رنین فلزی (دھات کی کھنکھناہٹ) کہا جاتا ہے، اور ایسی کھانسی کو سعال فلزی۔ یہ ایک نہایت ممتاز چیز ہے۔ گاہے حنجرہ یا قصبہ سے سخت اور تیز آواز سیٹی کے مانند آتی ہے، جسکو صفیر حنجری یا قصبی کہا جاتا ہے۔ نیز قلب کی تڑپ کے ساتھ قصبہ ریہ بھی نیچے کی طرف کھنچتا ہوا (جذب تصبی) معلوم ہوتا ہے۔ ان علامات کے علاوہ وسائل تشخیص میں سے شعاع رانجن سے عکسی تصویر لینا بھی ہے۔

قوس اورطی کے جزء نازل اور اورطی صدری کا انورسما گاہے

پیچھے کی طرف رخ کرتا ہے، اور پسلیوں کو کھا کر (گلا کر) باہر کی طرف بڑھ

۱ لد ایسٹرنل ناچ	۶ لد مے ٹالک کف (برا سی کف) +
۲ ھ ڈسپنیا +	۷ ھ پیرنجیل اسٹرائیڈر +
۳ ھ ڈسفیجیا +	۸ ھ ٹریکیل اسٹرائیڈر +
۴ ھ ریکرنٹ پیرنجیل نرو +	۹ ھ ٹریکیل ٹگ +
۵ ھ ابڈ کٹر مسلز +	۱۰ ھ ایکس ریز +

سے بائیں جانب ورم نابض کی شکل میں نمودار ہو جاتا ہے۔ گاہے مری پر دباؤ ڈالکر سخت عُسر البلع (عُسر الازدراد) پیدا کر دیتا ہے، جس سے مریض سمجھتا ہے کہ اُسکی مری میں تنگی (ضیق) آگئی ہے۔ اسلئے عُسرازدراد کے حالات میں جب تک یہ ثابت نہ ہو جائے کہ انورسما نہیں ہے، مری کے اندر مری کا نچکدار مجس (سلائی) ہرگز داخل کرنے کی کوشش نہ کریں۔ انورسما کی مکمل تشخیص عکسی شعاعی سے ہوسکتی ہے۔ پسلیوں اور مہروں کے تاکل (گل جانے) کی وجہ سے درد شدید نمودار ہوتا ہے، اور گاہے نخاعی علامات ظاہر ہوتی ہیں۔

علاج اس مہلک مرض میں کسی قسم کی دستکاری جائز نہیں ہے، البتہ عوارض کا علاج کر سکتے ہیں، اس مرض میں گاہے وخز برقی (وخز قلوانی) کا طریقہ استعمال کیا جاتا ہے، لیکن خاطر خواہ نفع ظاہر نہیں ہوتا۔ گاہے سوئیاں داخل کی جاتی ہیں (وخز ابری)، اور گاہے ہلامین (جیلاٹین) توس اورطی کے جزء صاعد کے انورسما میں گاہے دائیں شریان سُباتی اور دائیں شریان تحت الترقوہ اور گاہے صرف بائیں سُباتی باندھی جاتی ہے۔ اندرونی طور پر قلویہ بنفشی آمیز (آئیوڈائیڈ آف پوٹاسیم) استعمال کرتے ہیں اور مقام ماؤف پر برف کے تھیلے لگاتے ہیں، مریض کو آرام سے رکھتے ہیں، اچھی غذا دیتے ہیں۔

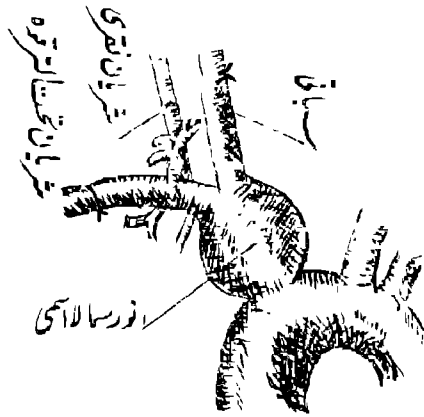
---

۵۱ بوتی ۔
۵۲ ریڈیوگرافی ۔
۵۳ گالوینو پنکچر ۔
۵۴ اکوپنکچر ۔

انورسمائے شریان لا اسمی

شریان لا اسمی کے انورسما میں توس اورطی کے انورسما کی طرح خطرناک اور مختلف علامتیں پائی جاتی ہیں۔ یہ انورسما تقریبًا ہمیشہ توس اورطی کے انورسما کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ اسکی شکل عمومًا انبوبی یا مغزلی ہوتی ہے۔ اسکی سوجن (ورم نابض) دائیں طرف عظم القص اور ترقوہ کے جوڑ (مفصل قصی ترقوی) کے پیچھے یعنی عضلہ قصیہ حلیمہ کے دونوں سروں کے درمیان ظاہر ہوتی ہے۔ گاہے اندر کی طرف حفرۂ نحر (ثغرہ) میں، یا باہر کی طرف مثلث تحت الترقوہ میں نمودار ہوتی ہے۔ گاہے اسکے دباؤ سے ترقوہ سامنے کی طرف آجاتا ہے۔ دائیں شریان صدغی اور شریان زندی اعلی (شریان النبض) کی نبض ضعیف اور باریک ہوجاتی ہے، بلکہ گاہے بالکل معدوم ہوجاتی ہے، نیز دوسری جانب کی انسبت شریان دیر میں (رتاخیر کے ساتھ) ظاہر ہوتی ہے۔ دائیں ورید لا اسم لہ پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے دائیں بازو اور دائیں طرف سر اور گردن میں ورم رتبی (اوذیما) پیدا ہوجاتا ہے۔ گاہے بائیں ورید لا اسمی اور اجوف صاعد پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے یہی حالت بائیں طرف بھی پیدا ہوجاتی ہے۔ گردن اور بازو کے عصبی بالوں پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے بازو اور گردن میں درد پیدا ہوتا ہے۔ دائیں جانب کے اعصاب شرکیہ پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے چہرہ کے دائیں طرف پسینہ آتا رہتا ہے، اور دائیں آنکھ کی پتلی پھیل جاتی ہے۔ قصبۂ ریہ (ہوا کی نالی) پر دباؤ

---

[1] ان نامی نیٹ اینورزم ✦

تصویر (۲۶)

انورسمائے شریان لاسمی کا باندھنا

پڑنے کی وجہ سے یا اعصاب پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے عسر تنفس کی
شکایت بہت زیادہ ہوجاتی ہے، یہاں تک کہ دم گھٹنے کی نوبت پہونچ
جاتی ہے، گاہے اسکے ساتھ کھانسی کی بھی شکایت ہوتی ہے، آواز
بیٹھ جاتی ہے، یا بالکل بند ہوجاتی ہے، مری پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے
مریض کسی چیز کو نگلنے پر قادر نہیں ہوتا، یہ انورسما دوطور پر مہلک ہوتا ہے
یا اختناق (دم گھٹنے) کی صورت واقع ہوتی ہے، یا اسکی تھیلی پھٹ جاتی
علاج - شریان تحت الترقوہ کے تیسرے حصے اور شریان سُباتی اصلی
کو بیک وقت باندھ دیں۔ اس سے بعض مریضوں میں کچھ فوائد حاصل
ہوئے ہیں۔ لیکن اگر ان دونوں شریانوں کے باندھنے میں کچھ وقفہ (مثلاً
ایک ہفتہ کا وقفہ) ایک دوسرے کے بعد دیدیا جائے، تو دوران جانبی
اس عرصہ میں اتنا زیادہ ہوجاتا ہے، کہ علاج میں ناکامی یقینی ہے۔
مغزلی انورسما میں دستکاری بے سود ہے۔ باقی علاج دواؤں کے
کے ذریعے کریں، تلویہ بنفشہ آمیز (پوٹاش آیوڈائڈ) کھلائیں، مریض
کو راحت سے رکھیں۔

سُباتی اصلی[1] (سباتی مشترک) کا انورسما

یہ انورسما عموماً اس شریان کے بالائی حصے میں، مقام انقسام
پر (جہاں یہ دو آخری شاخوں میں منقسم ہوتی ہے) ہوا کرتا ہے۔ اور
زیادہ تر دائیں طرف واقع ہوتا ہے۔ مردوں کی نسبت عورتوں میں یہ
زیادہ ملتا ہے۔ انورسما کے معمولی علامات سے اسکی تشخیص آسانی سے

[1] کامن کراٹڈ ۔

ہو جاتی ہے. لیکن اگر انورسما اس شریان کے زیرین حصے میں گردن کی جڑ کے پاس پیدا ہو تو شریان لااسمی؛ درقوس اورطی کے انورسما سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے. ایسی حالت میں تشخیص دشوار ہو جاتی ہے. چنانچہ اس تشخیص و تمیز کے لئے سینے کے بالائی حصے کو ٹھونک کر (قرع[1]) اور آلۂ سماع الصدر لگا کر (استماع[2]) دیکھا جاتا ہے، اور اسکے ساتھ ہی احوال مرض کی سرگذشت پر غور کیا جاتا ہے، اور ورم نا بض[3] کے حدود کو انگلیوں سے ٹٹولا جاتا ہے. یہ سب چیزیں ملکر تشخیص کو عموماً مکمل کر دیتی ہیں. علاوہ ازیں دباؤ کے اثرات کو بھی غور سے دیکھنا چاہیئے. چنانچہ بائیں عصب حنجری راجع پر دباؤ اورطی کے انورسما کی وجہ سے ہوا کرتا ہے؛ اور دائیں عصب مذکور پر دائیں طرف کی رگوں کے انورسما کی وجہ سے. قلب کی ہر تڑپ کے ساتھ قصبتہ الریہ کا نیچے کی طرف کھنچنا (جذب قصبی[4]. انجذاب قصبہ) بھی اس بات پر دلالت کرتا ہے کہ انورسما اورطے کے اندر ہے. محض وداج باطن[5] (غائر) یا محض ورید تحت الترقوہ کا دبنا اس طرف اشارہ کرتا ہے کہ انورسما شریان سباتی کے اندر ہے، یا شریان تحت الترقوہ[6] میں. ضربان نبض کے اختلاف سے بھی انورسما کی تشخیص اور تعیین محل میں مدد ملتی ہے، چنانچہ اگر محض شریان صدغی[7] کی نبض میں اختلاف پیدا ہو جائے، تو سمجھنا چاہیئے کہ انورسما شریان سباتی اصلی میں ہے، اور

---

[1] پرکشن +

[2] آس کل ٹے شن +

[3] پل سے ٹنگ سوئے لنگ

[4] ریکرنٹ لیرنجیل نرو +

[5] ٹرے کیل ٹگ +

[6] انٹرنل جوگولر وین +

[7] سب کلے وین وین

[8] سب کلیوین آرٹری + [9] ٹمپرل آرٹری +

اگر شریان صدغی کے ساتھ شریان النبض کی تڑاپ میں بھی اختلاف ظاہر ہو تو اس سے یہ سمجھنا چاہیے کہ انورسما شریان لا[۲] اسمی میں ہے۔ اگر محض شریان النبض میں اختلاف ہو تو سمجھنا چاہیے کہ انورسما شریان تحت الترقوہ میں ہے۔ کبھی شرائین کی ضربان (نبضان) میں کمزوری اس وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے کہ ان کے تنوں پر تھیلی کا دباؤ پڑتا ہے (ان کے اندر انورسما نہیں ہوتا)+

بڑھی ہوئی گلٹیاں (غدد متورمہ)، رسولیاں (سلعات) اور پھوڑے، جو شریان سباتی پر واقع ہوں، اور جن میں اس شریان کی ضربان پہونچ رہی ہو، انورسما سے مشابہت پیدا کر لیتے ہیں۔ لیکن اگر ان کا غور سے معائنہ کیا جائے، تو تشخیص آسانی سے ہو جاتی ہے+

رتیلۂ حلقومیہ (گھیگھا[۳]) میں گاہے ضربانی (نبضانی) حرکت پیدا ہو جاتی ہے، جس سے یہ انورسما سے مشابہ ہو جاتا ہے۔ لیکن اس کی تشخیص یہ ہے کہ نگلنے کے وقت گھیگھا قصبہ کے ساتھ اوپر تلے ہوتا رہتا ہے+

گاہے شریان سباتی کے آخری حصے میں پیچ وخم اور بل پیدا ہو جاتے ہیں، جس سے انورسما کا دھوکا ہوتا ہے۔ اسکی تشخیص اس طرح کی جاتی ہے کہ یہ حالت انورسما کے برعکس دونوں طرف یکساں طور پر نمودار ہوتی ہے+

---

[۱] ریڈیل آرٹری +

[۲] ان نامی نیٹ آرٹری +

[۳] گائٹر +

علاج :- ربط قریب[1] (قریب کا بند) لگایا جائے۔ یعنی شریان کو
کے پاس قلب کی طرف (طرف قلبی۔ طرف قریب) باندھا جائے۔
اگر انورسما گردن کی جڑ (جذر گردن) میں گہرا واقع ہو، تو اس وقت
بعید لگانا چاہئے، یعنی شریان پر انورسما کے پاس باہر کی طرف (ا
سرے پر جو قلب سے دور ہے) بند لگانا چاہئے +

سباتی ظاہر کا انورسما[3]

یہ شاذو نادر پیدا ہوا کرتا ہے، ہاں عام طور سباتی اصلی
بالائی حصے کا انورسما بڑھتا ہوا سباتی ظاہر تک چلا جاتا ہے۔ ج
یہ پایا جاتا ہے، تو فک اسفل کے زاویہ کی محاذ میں اور اس کے قر
غضروف درقی سے اوپر ایک تڑپنے والی سوجن (ورم نابض) نمود
ہوتی ہے، جو عصب[4] تحت اللسان پر دباؤ ڈالتی ہے۔ اس دباؤ
اثر سے نصف زبان مفلوج ہو جاتی ہے، آواز کھو جاتی ہے، نگلنا
دشوار ہو جاتا ہے۔

علاج :- بہترین علاج یہ ہے کہ انورسما کی تھیلی سے اوپر اور نیچے (ر
قریب و ربط بعید) شریان کو باندھا جائے، اور انورسما کی تھیلی کو کا

---

[1] ربط قریب (پراکسی مل لگیچر) وہ بند جو انورسما کی تھیلی اور قلب کے د
ہو۔ یعنی تھیلی کے اس سرے پر ہو، جو قلب سے قریب ہے۔ اور جو بند انو
کی تھیلی کے دوسرے سرے (طرف بعید) پر لگایا جاتا ہے، اسے ربط بعید (ڈسٹ
لیگیچر) کہا جاتا ہے +

[2] ربط بعید۔ ڈسٹل لیگیچر +

[3] اکسٹرنل کراٹڈ +

[4] ہائپوگلاسل نرو +

علیحدہ کر لیا جائے۔ لیکن اگر یہ کسی وجہ سے غیر ممکن ہو تو شریان سباتی ظاہر کو، اور جہاں تک مل سکیں، اسکی شاخوں کو باندھ دیا جائے +

شریان[1] سباتی غائر (سباتی باطن) کا انورسما

جزء عنقی :- جب سباتی غائر کے گردن والے حصے میں یعنی جو کھوپڑی سے باہر واقع ہے، انورسما پیدا ہوتا ہے، تو اس کی علامتیں سباتی اصلی کے انورسما سے (جبکہ یہ آخری حصے میں مقام انقسام کے قریب ہوتا ہے) مشابہ ہوتی ہیں، یا اسکی علامتیں سباتی ظاہر کے انورسما سے ملتی جلتی ہوتی ہیں؛ فرق صرف اسقدر ہوتا ہے کہ اسکی تھیلی کی بلندی زاویۂ فک کے قریب ہونے کی بجائے حلق سے زیادہ قریب ہوتی ہے۔ یعنی اسکی بلندی حلق کے اندر ظاہر ہوتی ہے +

علاج :- شریان سباتی اصلی کو باندھا جائے +

انورسما[2] داخل القحف (کھوپڑی کے اندر کا انورسما)

یہ شریان فقرتی[3] کی شاخوں کے مقابلہ میں زیادہ تر سباتی غائر اور اسکی شاخوں میں نمودار ہوتا ہے، اور انورسما عموماً مغزلی شکل کا ہوتا ہے۔ اس کے حقیقی اسباب تو نا معلوم ہیں، لیکن عادتاً اسکو ضربہ و سقطہ (چوٹ) کی طرف منسوب کیا جاتا ہے، بعض لوگ کہتے ہیں کہ یہ مرض بچوں میں کسی شریان کے اندر عفونی سدوں کے رُک جانے

[1] انٹرنل کراٹڈ آرٹری +
[2] انٹرا کرے نیل اینورزم +
[3] ورٹی برل آرٹری +

پیدا ہوتا ہے. گاہے انورسما کا حجم بہت بڑا ہوجاتا ہے، حالانکہ اسکے عوارض ناپید ہوتے ہیں، حتیٰ کہ تھیلی کے پھٹنے سے یک لخت مہلک قسم کے سکتہ کا حملہ ہوجاتا ہے. جب اعراض شروع ہوتے ہیں، تو وہ زیادہ تر دماغ کے دبنے کی وجہ سے ہوتے ہیں، نہ کہ متصلہ ہڈیوں کے گلنے سے. گاہے ایسا ہوتا ہے کہ مریض زیادہ یا ہلکے درد کی شکایت کرتا ہے، جو دائمی اور پائدار ہوتا ہے، یا کھوپڑی کے اندر مریض نبضان (ضربان) محسوس کرتا ہے، یا یہ کہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ کھوپڑی کی چوٹی کبھی کھلتی ہے. کبھی بند ہوتی ہے. گاہے بینائی خراب ہوجاتی ہے، قوت سامعہ بھاری ہوجاتی ہے، اور ساری دماغی قوتیں ضعیف ہوجاتی ہیں؛ مگر آنکھ کے اندر تغیراتِ[۱] طبعیہ، مثلاً التہاب وضمور (لاغری) ظاہر نہیں ہوتے، تاوقتیکہ براہ راست اجزاء چشم پر دباؤ نہ پڑے. گاہے مسارع الصدر سے سننے پر اونچی طنین[۲] سنائی دیتی ہے.

علاج:- اگر تشخیص میسر ہو جائے، تو اسکا صرف ایک علاج ہے. وہ یہ کہ شریانِ سباتی باطن کو باندھ دیا جائے، اگرچہ یہ بھی اس وقت زیادہ کارآمد نہیں ہوا کرتا، جبکہ شریانِ[۳] قاعدی مبتلا ہوتی ہے.

انورسما اندرون چشم خانہ (داخل[۴] المحجر)

یہ چشم خانہ کے اندر ورم نابض کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے، جس کے دباؤ کے اثر سے کرہٴ چشم (مقلہ) باہر کی طرف ابھر آتا ہے (جحوظ[۵]) برفتہ رفتہ

---

[۱] فزیکل چینجز. [۲] لاؤڈ بروٹ. [۳] بیزیلر آرٹری. [۴] انٹرا آربیٹل (آربیٹل). [۵] اکس آف تھلماس.

بینائی میں فتور آنے لگتا ہے، اور قرنیہ متورم (ملتہب) ہوجاتی ہے؛
کیونکہ اس مرض میں آنکھ کھلی رہتی ہے، اور پپوٹے کرۂ چشم کو زیادہ عرصہ
تک ڈھانک نہیں سکتے۔ اسکا عام سبب کوئی جراحت[1] وخزیہ (چھید
کرنے والا زخم) یا سر کی کوئی ضرب (چوٹ) ہوتی ہے، جس سے قاعدۂ جمجمہ
میں کسر واقع ہوگیا ہو۔ حقیقی انورسما کے علاوہ آنکھ کے اندر اور بہت سی
حالتیں پیدا ہوجاتی ہیں، جو انورسما سے مشابہت پیدا کرلیتی ہیں؛ مثلاً
انورسما[2] بذریعہ تواصُل (نفُوذ)، جس میں شریان اور ورید کا اتصال پیدائشی
ہوتا ہے؛ اور مثلاً دالیہ انورسما[3] وریدیہ، جس میں شریان سباتی غائرا ور
ورید کہفی[4] (جیب کہفی) کا اتصال ہوجاتا ہے۔

اس کے علاوہ آنکھ کے اندر گاہے سلعہ لحمیہ[5] نابضہ بھی پیدا
ہوجاتا ہے۔ اسکی تشخیص آنکھ کے انورسما سے اُسوقت تک دشوار ہوتی
ہے، جب تک عملیت سے کھول کر سلعہ یا انورسما کو آنکھ سے نہ دیکھ لیا جائے۔
ہاں سلعہ لحمیہ میں بینائی جلد خراب نہیں ہوتی، اور کرۂ چشم میں بدوضعی
(انتوار رخمی) زیادہ ہوتی رہتی ہے۔

علاج:- پہلے برقی قوت پہونچا کر دیکھا جائے۔ اگر اس سے فائدہ نہ ہو تو
شریان سباتی اصلی کو باندھ دیا جائے۔

شریان تحت الترقوہ کا انورسما

یہ زیادہ تر مردوں میں عموماً دائیں طرف، شریان کے تیسرے حصے

---

[1] پنیٹریٹنگ وونڈ۔ [2] انیورزم بائی اناسٹوموسس۔ [3] انیورزمل ویرکس۔
[4] کیورنس سائنس۔ [5] پلسیٹنگ سارکوما۔ [6] سب کلیوین آرٹری۔

ہیں ہوا کرتا ہے۔ چنانچہ مثلث تحت الترقوہ[۱] میں تڑپنے والی سوجن (ورم نابض) نمودار ہوتی ہے، جو نیچے کی طرف بغل تک بڑھتی ہے۔ اس سے ضفیرۂ عضدیہ[۲] اور ہاتھ کی وریدوں پر دباؤ پڑتا ہے، جس سے ہاتھ میں درد اور ورم تہبجی (اوذیما)[۳] پیدا ہوجاتا ہے۔ گاہے عصب حجابی کے ہیجان کے باعث حجاب حاجز میں تشنج ہونے لگتا ہے، جس سے فواق کی تکلیف پیدا ہوجاتی ہے۔ گاہے یہ سوجن غشاء الصدر اور پھیپھڑے کی چوٹی تک پہونچتی ہے +

تشخیص :- اسکی تشخیص بالکل آسان ہے۔ لیکن ابتدائی درجات میں گاہے یہ اس طبعی شریان سے مشتبہ ہوجاتا ہے، جسے پہلی پسلی کی رسولی (ورم) نے، یا گردن کی بڑھی ہوئی پسلی (جو گاہے زائد پیدا ہوجاتی ہے) نے سامنے کیطرف ڈھکیل دیا ہو +

علاج :- اسکا علاج دشوار ہے، اور اب تک خاطر خواہ نتائج حاصل نہیں ہوئے ہیں۔ اگر انورسما محدود ہو تو بہترین علاج استیصال[۴] (کاٹ کر نکال ڈالنا) ہے۔ اسکے طرف قریب پر بند لگانے کی عموماً ضرورت ہوا کرتی ہے، اور چونکہ اس شریان کے پہلے حصے میں باندھنے کے لئے کافی جگہ اکثر نہیں ہوا کرتی ہے، اس لئے شریان لاامی کو باندھنا چاہیئے۔ اور اسکے ساتھ شریان سباتی اصلی اور شریان فقری کو لازمی طور پر باندھ دینا چاہیئے، کیونکہ اگر اسے باندھا نہ گیا، تو دوران جانبی[۵] کے ذریعہ خون اسقدر

---

[۱] سب کلیوین ٹرینگل +	[۴] اکسٹرپے شن +
[۲] براکیل پلکسس +	[۵] کولیٹرل سرکولے شن +
[۳] اڈیما +	

تصویر (۲۹)

شریان سباتی اور شریان تحت الترقوہ کے باندھنے
کے لئے کہاں کہاں شگاف دیے جاتے ہیں +

بھکر دلوٹ کر آئیگا کہ شریانِ لااسمی کو باندھنے کا فائدہ مفقود ہو جائیگا
ربط بعید بھی مفید ہو سکتا ہے، مگر اُس وقت جبکہ اُس کے ساتھ ہی ہاتھ
کا بتر کر دیا جائے۔ جن حالات میں عملیات جراحیہ نامناسب ہوں، وخز
برقی کا طریقہ استعمال کیا جائے، یا تھیلی کے اندر سوئیاں (بطریقہ
ماکوین) داخل کی جائیں +

شریانِ ابطی کا انورسما

یہ عموماً ضربی ہوا کرتا ہے، یعنی چوٹ لگنے سے پیدا ہوتا ہے،
چنانچہ اگر گر پڑنے کی وجہ سے ترقوہ یا شانہ ٹوٹ جائے، یا شانہ کا جوڑ اکھڑ
جائے۔ یا اسکے بٹھانے کی کوشش کی جائے، ان سب حالات میں انورسما
کے پیدا ہونے کا امکان ہے۔ انورسما کے عام علامات چونکہ نمایاں ہوتے
ہیں، اسلئے تشخیص میں کوئی دشواری نہیں ہوتی، چنانچہ مقام مرض پر
ورم نابض ہوتا ہے۔ دباؤ کی وجہ سے مقامی درد، عصبی درد، اور ہاتھ
میں اوذیما ہوتا ہے۔ جب شریان کا بالائی حصہ مبتلا ہوتا ہے، تو ورم
نابض ٹھیک ترقوہ کے نیچے پایا جاتا ہے۔ اور جب اسکا زیرین حصہ ماؤف
ہوتا ہے، تو یہ بغل میں ملتا ہے +

علاج:- اگر اس شریان کے تیسرے حصے میں انورسما پیدا ہو تو شریان
تحت الترقوہ کے دوسرے یا تیسرے حصے کو باندھ دیا جائے +

شریان ابطی کا وہ حصہ جو بغل سے نیچے واقع ہے (جسکو شریان
عضدی وغیرہ کہا جاتا ہے) اس میں گاہے ضرب کی وجہ سے انورسما پیدا

سلہ گالوینو پنکچر +	سلہ اگزلری آرٹری +

ہو جاتا ہے۔ جسکا علاج استیصال (کاٹکر خارج کردینا) ہے +

انورسمائے بطنی

شکم کے اندر انورسما شریان اعظم (اورطی) یا اسکی شاخوں میں ہوا کرتا ہے۔ چنانچہ ایک پھیلنے اور تڑپنے والی سوجن (ورم نابض) شکم کے اندر پائی جاتی ہے، جو وضع بدلنے پر اپنے خواص اور اپنی جگہ تبدیل نہیں کرتی۔ دباؤ کے اثرات درد، احتقان دموی (امتلاء)، اور ورم تہیجی ہیں +

اگر کوئی نئی پیدا وار (رسولی) شریان اعظم کے سامنے واقع ہو تو بہت ممکن ہے کہ شریان اعظم کی ضربانی حرکت سے اس میں بھی ضربانی حرکت (نبض کاذب) ظاہر ہو رہی ہو۔ اسکی تشخیص کے لئے مریض کو وضع صدری رکبی پر لٹایا جائے، تاکہ اورطی سے احشاء کا بوجھ ہٹ جائے ایسی وضع میں رسولی کی جھوٹی تڑپ جاتی رہتی ہے۔ برعکس اس کے اگر انورسما ہوگا تو اسکی تڑپ ہر وضع میں قائم رہیگی +

علاج:۔ اکثر مریضوں میں وخز ابڑی (سوئی داخل کرنا) سے بطریقہ ماکون علاج کیا گیا ہے، اور کامیابی ہوئی ہے۔ اسی طرح شکم چاک کرکے لوہے کا تار تھیلی میں پہونچایا گیا اور تحلیل برقی ۳۰ یا ۸۰ دقیقہ تک استعمال کی گئی۔ تو بھی فائدہ حاصل ہوا ہے۔ شرائین پر دباؤ ڈال کر بھی علاج کیا جاتا تھا، مگر یہ طریقہ علاج ردی ہے، اس لئے کہ اس سے شکم کے احشاء

سلہ ایڈامنل اینورزم +	سلہ اکیوپنکچر +
سلہ جینوپکٹورل پوزیشن (گھٹنے اور سینہ کے بل لٹانا)۔	سلہ الکٹرولائی سس +

کچل جاتے ہیں +

انورسمائے حرقفیہ[1]

یہ انورسما شریان حرقفی اصلی یا شریان حرقفی ظاہر میں ہوا کرتا ہے
یہ عموماً کیسی شکل کا ہوتا ہے۔ اسکے اعراض وہی عام اور معولی ہوتے ہیں
یہ بدیر یا جلد انورسما منتشرہ[2] کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ پہلے درجات
(ادوار اولی) میں اسکی تشخیص دشوار نہیں ہوتی ہے۔ لیکن اس کے بعد
گاہے اسکی تشخیص سلعہ لحمیہ[3] نابضہ سے مشکل ہو جاتی ہے، علی الخصوص اُس
وقت جبکہ سلعہ مذکورہ حفرۂ حرقفیہ[4] میں ہو +

علاج :- اگر ممکن ہو تو شریان حرقفی ظاہر کو انورسما سے اوپر طرف قلبی
طرف قریب تر) باندھ دیا جائے، ورنہ پردہ صفاق اور شکم کو چاک کر کے
شریان حرقفی اصلی کو باندھا جائے +

شریان آلوی[5] اور شریان ورکی[6] کا انورسما

یہ عموماً ضرب کا نتیجہ ہوتا ہے، اور ورم نابض کی شکل میں سُرین کے
اندر پایا جاتا ہے۔ شریان الوی کا انورسما ثقبۂ ورکیہ[7] کے بالائی حصے میں زیادہ
دور گہرائی کے اندر ہوتا ہے، جبکا کچھ حصہ گاہے جوف عانہ (حوض) کے

[1] ایلیک اینورزم +	[5] پراکسی مل انڈ +
[2] ڈی فیوز اینورزم +	[6] گلیوٹیل آرٹری +
[3] پلسے ٹنگ سارکوما +	[7] شیاٹک آرٹری
[4] ایلیک فاسا	[8] شیاٹک نوریمن +

داخل رہتا ہے. عصب ورکی کے دباؤ سے عضو کے اندر درد پیدا ہوتا ہے، علی الخصوص شریان ورکی کے انورسما میں اسکی تشخیص آسان نہیں ہے علی الخصوص سلعہ لحمیہ نابضہ سے امتیاز دینا مشکل ہے +

علاج:- تشخیص کے مکمل ہونے پر شکم اور صفاق کو چاک کرکے شریان کو باندھ دیا جائے (ربطا داخل الصفاق) +

شریان فخذی کا انورسما

اسکو انورسما فخذیہ کہا جاتا ہے. یہ زیادہ تر شریان فخذی سطحی میں ہوا کرتا ہے، اور آسانی سے متشخص کیا جا سکتا ہے. یہ عموماً انبوبی ہوتا ہے اور تقریباً ہمیشہ مردوں میں پایا جاتا ہے +

اسکا علاج بھی آسان ہے، یعنی استیصال (کاٹ کر خارج کردینا)، یا دباؤ (کنج ران کے مقام میں)، یا شریان کو باندھنا +

شریان مابضی کا انورسما

اسکو انورسمائے مابضیہ کہا جاتا ہے. یہ بہت عام ہے، اور تقریباً ہمیشہ مردوں ہی میں پایا جاتا ہے، اسکی وجہ سے ورم مابض (سلعہ نابضہ مابض کے مقام میں (گھٹنے کے پیچھے) ظاہر ہوتا ہے، جو گھٹنے کی حرکت

لہ انٹرا ایبڈومینل لیگیچر +

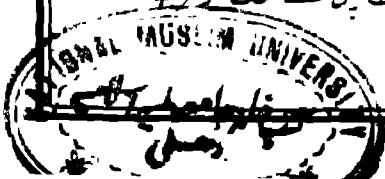
لہ فیمورل آرٹری +

لہ فیمورل اینوریزم +

لہ سوپر فشیل فیمورل آرٹری +

لہ پاپلی ٹیل آرٹری +

لہ پاپلی ٹیل اینوریزم +

لہ پلسے ٹنگ ٹیومر +

میں خلل پیدا کر دیتا ہے۔ دباؤ کی وجہ سے اعصاب کی رفتار کے مطابق ٹانگ میں درد ہوتا ہے۔ یہ انورسما گاہے سامنے کی جانب بڑھنے لگتا، اور گھٹنے کے جوڑ کو کھانے لگتا ہے۔ اور گاہے پیچھے کیطرف بڑھکر منتشر ہو جاتا ہے (یعنی جلد کے نیچے پھیل جاتا ہے) جب یہ منتشر ہو جاتا ہے، تو غانغرانا کے پیدا ہونے کا احتمال غالب ہوتا ہے۔ اسکی تشخیص مندرجہ ذیل امراض سے کی جاتی ہے:۔ مابض کی بڑھی ہوئی گلٹیوں سے اس مقام کے پھوڑے سے، سلعۂ لحمیہ نابضہ سے، اور بڑھی ہوئی مفصلی تھیلیوں سے (اکیاس زلالیہ[1] جو گاہے بڑھ جایا کرتی ہیں)۔

علاج:۔ دباؤ ڈالا جائے، جو اکثر حالات میں مفید پڑتا ہے۔ یا شریان کو باندھا جائے۔ اس مقام میں استیصال (کاٹ کر نکال دینا) کا عمل مشکل ہے۔ لیکن اسکے بعد جو بہترین علاج ہے، وہ یہ ہے کہ شریان مابضی کو اس کے بالائی حصے کے پاس باندھ دیا جائے۔ اگر یہ ممکن ہو تو شریان فخذی کو مثلث[2] اربی کے زاویہ کے پاس یا مجرائے[3] مقربہ (عضلۂ مقربہ کی نالی) کے اندر باندھا جائے۔ جس سے اچھی کامیابی ہوتی ہے۔

رگوں کو[4] باندھنا (ربط عروق)

شریانوں کے باندھنے کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ خون کا سیلان قلب سے

---

[1] انلارجڈ برسی۔

[2] انگوئنل ٹرینگل (اسکارپاز ٹرینگل)۔ مقربہ طویلہ، مقربہ کبیرہ اور متسعہ وحشیہ کے درمیان ایک تکونی فضا ہے۔

[3] ہنٹرس کینال (کینالس اڈکٹوریس)۔

[4] لیگیچر آف وسیلز۔

محیط کی طرف (جز، بعید اجزو دائری) بند ہوجائے۔ یہ لگا ہے نزف کو روکنے کے لئے کیا جاتا ہے، لگا ہے انورسما کے علاج کے لئے، لگا ہے کسی رسولی کی افزائش و نمو کے روکنے کے لئے لگا ہے کسی عضو کی غذا کو کم کرنے کے لئے، جیسا کہ بعض اوقات اسکی ضرورت ہوا کرتی ہے، اور لگا ہے ابتدائی ضرورت کے طور پر کسی عروقی عضو مثلاً زبان کے استیصال سے پہلے ؛

انورسما کے لئے اگر شریان کو باندھنے کی ضرورت پڑے، تو اسمیں تین باتوں کا لحاظ کرنا ضروری ہے :-

۱- شریان کو کس مقام پر باندھا جائے ؟

۲- گرہ کس طرح لگائی جائے ؟

۳- بند کس چیز کا ہو ؟

۱- شریان کو کس مقام پر باندھا جائے ؟

جہاں امکان ہو، بہترین مقام شریانی بندش کے لئے اس کا طرف قریب (طرف قلبی) ہے، جو انورسما کی تھیلی اور قلب کے درمیان ہوتا ہے ؛

۲- گرہ کس طرح لگائی جائے ؟

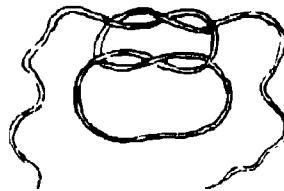
اس سوال کی اہمیت خصوصیت کے ساتھ بڑی شریانوں میں (مثلاً شریان لاسمی میں) زیادہ ہے۔ چنانچہ بڑی شریانوں کے باندھتے وقت گرہ کو صرف اسقدر کسا جاتا ہے کہ شریان کا اندرونی طبقہ اکٹھا ہوکر بل جاتا ہے، اگر زیادہ زور سے کسا جائیگا، تو اندرونی اور درمیانی طبقات کٹ جائینگے، اور بیرونی طبقہ خون کے دباؤ کو برداشت نکر سکیگا

ایسی بڑی شریانوں کو باندھنے کے لئے ایک خاص قسم کی گرہ لگائی جاتی ہے، جسکو عُقدَۃُ الجُرزُ[1] کہتے ہیں۔ اس ترکیب میں دو بند پہلو بہ پہلو شریان کے گرد لپیٹے جاتے ہیں، اور دونوں میں علیحدہ علیحدہ آدھی گرہ لگائی جاتی ہے، پھر دونوں طرف کے دونوں سروں کو پکڑ کر اور اکٹھا کرکے ایک گرہ میں باندھ دیا جاتا ہے، جس سے اوپر کی گرہ دونوں ڈوروں کی ایک ہو جاتی ہے، اور نیچے کی گرہ الگ الگ رہتی ہے۔ مگر چھوٹی اور معمولی حجم کی شریانوں میں عقدہ انقیہ[2] (مربعہ) لگانا کافی ہے۔

عقدۂ افقیہ (عقدۂ مربعہ، نوتیہ، اور عقدۃ الملاحین) ایک دوہری گرہ ہے، جس میں دوسری گرہ کے آزاد سرے اُسی طریقے پر چلتے ہیں، جس پر پہلی گرہ کے سرے چلتے ہیں + اس گرہ میں دونوں طرف کے دونوں سرے ایک ہی پھندے کے اندر ہوتے ہیں +

عُقدَۃُ الجُرزُ

---

[1] اسٹے ناٹ، عقدۃ الجرز، جرز = بستن دست و پائے شتر تا نعلین۔ صراح) +

[2] ریف ناٹ +

۳۔ بند کس چیز کا ہو؟

۲۵ شریانوں کے بند کے لیے زیادہ تر ریشم کا ڈورہ، وتر[۱] (تانت)، اور کنگرو کا وتر استعمال کیا جاتا ہے۔ ان ڈوریوں کا عفونت سے پاک ہونا ضروری ہے۔ ورنہ کامیابی مشتبہ ہوجائے گی، بہتر یہ ہے کہ عقدۃ العجز[۲] کی طرح گرہیں دوہری لگائی جائیں، تاکہ پھسلنے اور طبقات شریان کے کٹ جانے کا اندیشہ جاتا رہے +

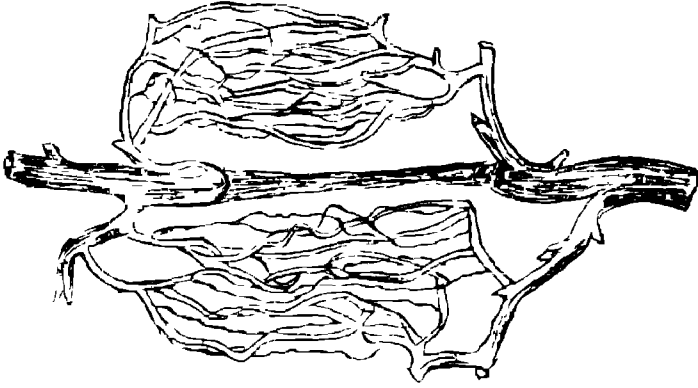
شرائین کے باندھنے کے خطرات

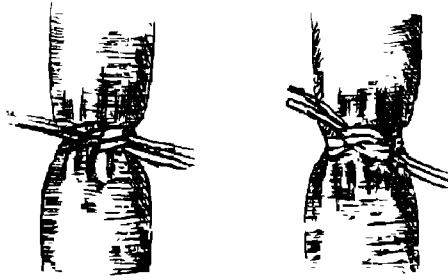
ربط شرائین کے عمل میں دو خطرات ہوتے ہیں :-

(الف) نزف ثانوی[۳]، جسکا سبب ہمیشہ یہ ہوتا ہے کہ زخم میں عدوائے عفونی[۴] لاحق ہوجاتا ہے +

(ب) غانغرانا، جسکا سبب یہ ہوتا ہے کہ دوران جانبی[۵] قائم نہیں ہوا۔

طریقہ عمل:- جس مقام پر شریان کو باندھنا ہو وہاں شریان کو کھولنے کے لئے ایک شگاف لگایا جائے۔ پھر شریانی غلاف کو ایک قیراط (ایک انچ) چیر کر شریان کو غلاف سے ابرۂ انوریشمادیہ[۶] کے ذریعہ علیحدہ کر دیا جائے، تاکہ سوئی شریان کے گرد گزر جائے، اور سوئی کے اندر سوائے شریان کے اور کوئی چیز نہ ہو۔ اسی احتیاط کے لئے بہتر یہ ہے کہ سوئی اُس طرف سے

[۱] وتر۔ وتر الہر۔ کیٹ گٹ +
[۲] کنگرو ٹنڈان +
[۳] اسٹے ناٹ +
[۴] سکنڈری ہیمورج +
[۵] سپ ٹک انفکشن +
[۶] کولیٹرل سرکولیشن +
[۷] اینورزم نیڈل +

تصویر (۲۷)

شریان فخذی کے باندھنے کے تین ماہ بعد دوران جانبی کس طرح جاری ہو گیا ہے +

تصویر (۲۸)

عقدۃ العجز (اسٹے ناٹ)

داخل کریں، جدھر اہم ساختیں ہوں۔ سوئی کے ناکے میں ایک یا دو ڈورا پرو کر سوئی کو کھینچ لیا جائے۔ اس طرح ڈورے کے حلقہ میں شریان آجاتی ہے۔ اگر کسی عضو کی بڑی شریان باندھی گئی ہو تو اس عضو کو مطہر (پاک) کرکے صاف و مطہر روئی میں لپیٹ دیا جائے۔ اور عضو کو بلند رکھا جائے اگر غانغرانا پیدا ہونے کا خطرہ ہو تو عفونت کے عوارض کو اچھی طرح روکا جائے +

ربط شریانی کے بعد کم سے کم تین روز تک مریض کو راحت و آرام سے رکھا جائے، تاکہ اس عرصہ میں شریان پورے طور پر بند ہو جائے، اور ساختیں سخت ہو جائیں، علی الخصوص جبکہ شریان بڑی ہو اور مریض بڈھا ہو +

مخصوص شرائین کا باندھنا

شریان لااسمی[۵۱] کا باندھنا:۔ عضلہ قصیہ حلیہ[۵۲] کے اندرونی کنارے کے زیرین ثلث کی لمبائی میں ایک شگاف لگائیں، جو نیچے کی طرف بڑھ کر حفرۂ نحر[۵۳] (ثغرہ) کے بالائی کنارہ کو عبور کرے۔ پھر عضلہ جلدیہ[۵۴] اور لفافۂ سطحیہ[۵۵] و غائرہ[۵۶] کو کاٹا جائے۔ ضرورت کے وقت ودا جی مقدم کو دو بندشوں کے درمیان سے کاٹ دیا جاتا ہے۔ پھر عضلہ قصیہ حلیہ[۵۸] کو

۵۱ انامی نیٹ آرٹری +	۵۵ سوپرفیشیل نیشیا +
۵۲ اسٹرنومسٹائڈ مسل +	۵۶ ڈیپ نیشیا +
۵۳ ایسٹرنل ناچ +	۵۷ انیٹرئیر جوگولروین +
۵۴ پلاسٹما +	۵۸ اسٹرنومسٹائڈ مسل +

باہر کی طرف ہٹایا جائے، اور اُس کے اندرونی وتری ریشوں کو کاٹا جائے۔ نیز عضلہ قصیہ لامیہ اور قصیہ درقیہ کو قص کے پاس کاٹ کر اندر کی طرف کھینچ لیا جائے۔ اب سباتی کا غلاف نمودار ہوگا؛ اسکے زیرین حصے کو چیر دیا جائے، اور سباتی کو کھول کر باندھ دیا جائے۔ اسی کے نشان پر نیچے کی طرف شریان لاسمی ملے گی۔ گاہے سہولتِ عمل کے لئے قص کا ایک ٹکڑا، اور ترقوہ کے اندرونی سرے کا ایک ٹکڑا کاٹ دیا جاتا ہے۔ دائیں وداج باطن اور دائیں ورید لاسمی شریان کے بیرونی جانب پڑی ہوئی ملے گی، جو گاہے شریان کے اوپر آجاتی ہے (ڈھانک لیتی ہے) بشرطیکہ ورید ممتلی ہو؛ ایسی حالت میں ورید کو مبعدات سے ہٹانا ضروری ہوگا۔ اسی حالت میں گاہے صنفیرہ درقیہ سفلی نیچے کیطرف اوترتا ہوا، اور بائیں ورید لاسمی (جو شریان کو عبور کرتی ہے) کی طرف جاتا ہوا ملتا ہے۔ ان وریدوں کے دائیں طرف اور پیچھے عصب ثوئی معدی اور غشاء الرئیہ کی تھیلی ملتی ہے۔ ان وریدوں کو شریان سے احتیاط کے ساتھ ہٹایا جائے، اور سوئی باہر سے اندر کی طرف، اور نیچے سے اوپر کی طرف گزاری جائے۔ گاہے اس مقصد کے لئے ابرۂ انورسماؤی منحنی مضاعف (انورسما کی دوہری خمدار سوئی) کی ضرورت

لہ اسٹرنو ہائی آئڈ +
لٰہ اسٹرنو تھائرائڈ +
لٰہ اسٹرنم +
لٰہ کلاویکل +
لٰہ انٹرنل جوگولر وین +
لٰہ ریٹریکٹرز +
لٰہ انفیریر تھائرائڈ ویلکس +
لٰہ ویگس نرو +
لٰہ پلیورا +
لٰہ ڈبل کروڈ انیورزم نیڈل

ہوتی ہے۔ اس شریان کو باندھنے کے لئے چوڑا حیوانی بند[1] (رباط) استعمال کیا جائے، اور اندرونی و درمیانی طبقہ کو کاٹا نہ جائے +

دَوْرَہ جانبیہ[2]:- اس شریان کے باندھنے کے بعد دورہ جانبیہ کھوپڑی کے اندر شریان[3] سباتی، شریان فقری[4] کے ذریعہ قائم ہو جاتا ہے، جو دائرہ[5] شریانیہ میں ملتی ہیں +

گردن میں:- دونوں طرف کی سباتی ظاہری کی اُن شاخوں کے ذریعہ جو خط وسطانی میں ہوتی ہیں +

دھڑ میں (سینہ اور شکم میں):- اورطی کی پہلی شریان بین[6] الاضلاع شریان تحت[7] الترقوہ کی بالائی شریان بین الاضلاع[8] کے ساتھ ملکر؛ اورطی کی شرائین بین الاضلاع شریان[9] ابطی کی سینہ والی شاخوں (فروع صدریہ) سے ملکر، اور شریان[10] ثدئی باطن کی شرائیں بین الاضلاع سے ملکر؛ اسی طرح شریان شراسیفی[11] باطن (غائر) اور شریان حجابی[12] شریان ثدئی باطن کی آخری شاخوں کے ساتھ مل کر۔

شریان سباتی کا ہے اُس مقام سے اوپر باندھی جاتی ہے

---

[1] لیگیچر +
[2] کولیٹرل سرکولیشن +
[3] کراٹڈ آرٹری +
[4] ورٹبرل آرٹری +
[5] سرکل آف ولیس +
[6] انٹرکاسٹل +
[7] سب کلیوین آرٹری +
[8] سوپیریر انٹرکاسٹل آرٹری +
[9] ایگزلری آرٹری +
[10] انٹرنل میمری آرٹری +
[11] ڈیپ ایپی گیسٹرک آرٹری +
[12] فرینک آرٹری +

جہاں عضلہ کتفیہ لامیہ کا اگلا بطن اس شریان کو عبور کرتا ہے، اور گا ہے اس سے نیچے۔ اس شریان کی رفتار اس خط کے مقابل ہوتی ہے، جو مفصل قصی ترقوی سے زائدہ حلمیہ اور فک اسفل کے زاویہ کے درمیانی نقطہ تک کھینچا جائے۔ اس شریان کی انتہا، جہاں یہ آخری دو شاخوں میں ختم ہو جاتی ہے، غضروف درقی کے بالائی کنارے کے برابر ہوتی ہے۔

عضلہ کتفیہ لامیہ کے اوپر باندھنا:۔ اس مقام پر شریان زیادہ سطحی ہے، اسلئے یہاں باندھنا آسان اور بہتر ہے۔ یہ بند غضروف حلقی کی محاذات میں لگایا جاتا ہے۔ مریض کو چت لٹائیں، اسکے کندھے کے نیچے تکیہ دیکر اونچا کریں، ٹھوڑی بلند کریں، سر کو پیچھے کی طرف لٹکا کر کسی قدر دوسری جانب پھیر دیں۔ اب شریانی خط پر ایک شگاف تین قیراط لمبا دیں، جسکا وسطی حصہ غضروف حلقی کے محاذی ہو۔ اور جلد، عضلہ جلدیہ، اور لفافہ کاٹے جائیں۔ عضلہ قصیہ حلمیہ کا اگلا کنارا نمایاں کیا جائے، لفافہ غائرہ کو اسکے اندرونی کنارے کے طول میں چیر کر معبعد کے ذریعہ ایک طرف ہٹا دیا جائے۔ اس وقت گا ہے شریان درقی اعلیٰ کی شاخ قصی حلمی کٹ جایا کرتی ہے، اور اسے باندھنے کی ضرورت پیش آتی ہے۔ اور گا ہے اس وقت اس ورید کو بھی باندھنا پڑتا ہے جو ورید الوجہ اور ودا جی ظاہر کو ملاتی ہے۔ پھر زخم کے اندرونی کنارے میں

۱۔ سوہائی آنڈ مسل +	۵۔ کریکائڈ کارٹیلیج +
۲۔ اسٹرنوکلیوکیولر جائنٹ +	۶۔ ریٹریکٹر +
۳۔ سٹائڈ پراسس +	۷۔ سوپیرئیر تھائرائڈ آرٹری +
۴۔ تھائرائڈ کارٹیلیج +	۸۔ فیشیل وین + ۹۔ ایکسٹرنل جگولر وین +

عضلہ کتفیہ لامیہ کو تلاش کریں، جو عضلہ قصیہ حلمیہ کے نیچے سامنے اور اوپر کی طرف جاتا ہے۔ چنانچہ اُس زاویہ کے اندر، جو ان دونوں عضلات کے ملنے سے بنتا ہے، شریان کی تڑپ ملا کرتی ہے، اور اسکا غلاف نظر آتا ہے، جسکے اوپر عصب[۵۱] عنقی نازل ہوا کرتا ہے۔ اسکے بعد شریانی غلاف کو اندر کی طرف سے کھولا جائے، اور شریان نمایاں کی جائے اور سوئی باہر سے اندر کی طرف سے گزاری جائے۔ جب شریانی غلاف کو اچھی طرح کھول لیا جاتا ہے، تو عصب[۵۲] راجع (عصب رئوی معدی) کے بندھ جانے کا کوئی خطرہ نہیں رہتا +

عضلہ کتفیہ لامیہ کے نیچے باندھنا:۔ یہاں بھی مذکورہ طریقہ کے مطابق یعنی اُسی قسم کا شگاف دیا جاتا ہے، لیکن ذرا نیچے، جو تقریباً غضروف حلقی سے مفصل قصی[۵۳] ترقوی تک بڑھتا ہے۔ اسکے بعد عضلہ قصیہ حلمیہ کو باہر کیطرف ہٹایا جاتا ہے۔ گاہے اندرونی جانب کے ریشوں کو کاٹنے کی اور عضلہ قصیہ[۵۴] لامیہ اور قصیہ[۵۵] درقیہ کو اندر کی طرف کھینچنے یا کاٹنے کی ضرورت پڑ جاتی ہے۔ پھر عضلہ کتفیہ لامیہ کو اوپر کی طرف کھینچ لیا جاتا ہے۔ اب شریانی غلاف نمودار ہو گا، جسکو اندرونی جانب (انسی جانب) سے کھولا جائے، اور سوئی اُسی طرح داخل کی جائے جس طرح مذکورہ بالا طریقہ میں داخل کی جاتی ہے۔ یہ بھی معلوم ہونا چاہیئے کہ دونوں طرف کی ودائج باطن جب نیچے اترتی ہیں تو سامنے کی طرف

۵۱ ڈسینڈنس سروائی سس نرو +	۵۴ اسٹرنو ہائی آئڈ مسل +
۵۲ ویگس نرو +	۵۵ اسٹرنو تھائرائڈ مسل +
۵۳ اسٹرنو کلیوی کیولر جائنٹ۔	۵۶ انٹرنل جوگولر وین +

متوجہ ہوتی ہیں۔ اسلئے ممکن ہے کہ بائیں ورید شریان کے سامنے ہو۔ گاہے زیرین اور رڈہ ورقیہ[1] بھی نظر آتی ہیں، جنکو ہٹانے یا باندھنے کی ضرورت پڑتی ہے +

سباتی کے باندھنے کے بعد اکثر اوقات (تقریباً ۲۵ فیصدی حالات میں) دماغی عوارض پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً اغماء[2] (بیہوشی)، اور لین دماغ کیوجہ سے فالج نصفی[3]، وغیرہ +

جو لوگ لین دماغ (بھیجہ کا نرم ہوجانا) میں مبتلا ہوتے ہیں ان میں نصف جانبر نہیں ہوتے۔ گاہے ربط سباتی کے چند گھنٹے کے بعد پھیپھڑے میں سخت اجتماع خون ہو جاتا ہے +

دورۂ جانبیہ، کھوپڑی کے اندر:- دائرہ شریانیہ[4] کے ذریعہ سے۔

کھوپڑی سے باہر:- مندرجۂ ذیل تواصلات (تفممات[5]) کے ذریعہ:-

دونوں طرف کی سباتی ظاہر اور شریان فقری کی شاخیں خط وسطانی میں باہم ملتی ہیں، شریان ورقی[6] اعلی کی شاخیں ورقی اسفل[7] سے ملتی ہیں، شریان[8] عنقی غائر کی شاخیں شریان محدودی[9] کی شاخ

---

[1] انفیریر تھائرائڈ وینز +	[7] ورٹبرل آرٹری +
[2] سنکوپی +	[8] سوپیریر تھائرائڈ آرٹری +
[3] ہیمی پلجیا +	[9] انفیریر تھائرائڈ آرٹری +
[4] سافننگ آف دی برین +	[10] پروفنڈا سروائیکل آرٹری +
[5] سرکل آف ولیس +	[11] آکسی پیٹل آرٹری +
[6] اناسٹوموسیز +	

عنقی عظیم سے؛ شریان عنقی سطحی کی شاخیں شریان محدد می اور شریان فقری کی شاخوں سے ۔

سباتی غائر کا باندھنا:۔ عضلہ تصیہ حلیہ کے اندرونی کنارے کے طول میں ایک شگاف بنایا جائے، جسکا مرکزی حصہ عظم لامی کے بڑے قرن کے مقابل ہو۔ پھر عضلہ مذکور کو پیچھے کی طرف اور عضلہ ذات البطنین کے اگلے بطن کو اوپر کیطرف کھینچا جائے۔ پھر سباتی ظاہر کو سامنے کی طرف ہٹایا جائے، جس سے سباتی غائر کا غلاف نمودار ہو جائیگا؛ اسے کھول دیا جائے، اور سوئی وواج کی طرف سے داخل کی جائے ۔

دورہ جانبیہ۔ دماغ کے اندر دائرہ شریانیہ کی وجہ سے قائم ہو جاتا ہے ۔

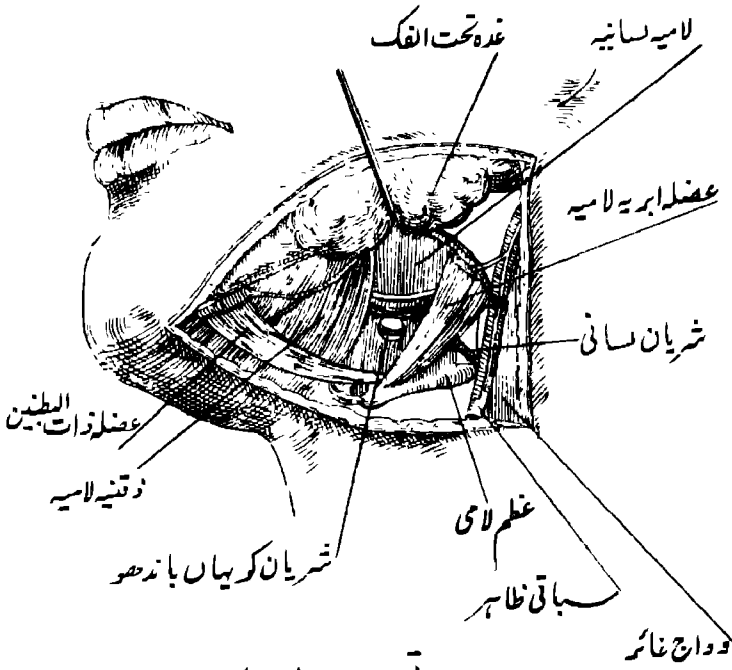
سباتی ظاہر کا باندھنا:۔ شریان درقی اعلی اور شریان سباتی کے درمیان اسکے باندھنے کا بہترین مقام ہے۔ عضلہ تصیہ حلیہ کے اندرونی کنارے کے طول میں تین تیراط لمبا شگاف دیا جائے، جسکا مرکزی حصہ عظم لامی کے بڑے قرن کے محاذی ہو پھر عضلہ مذکور کے کنارے کو تلاش کر کے پیچھے کی طرف کھینچ لیا جائے؛ بالائی حصے میں عضلہ ذات البطنین کا پچھلا بطن نظر آئیگا، اور ٹھیک اسکے نیچے عصب

۵۱ پرنسیپس سروائی سس ۔	۵۵ ڈائی گیسٹرک مسل ۔
۵۲ سوپر نیشیل سروائیکل آرٹری	۵۶ سوپیریر تھائرائڈ آرٹری ۔
۵۳ ہائی آئڈ بون ۔	۵۷ لنگوآل آرٹری ۔
۵۴ گریٹ کارنو ۔	۵۸ ہائپوگلاسل نرو ۔

تحت اللسان[a] ملیگا۔ پھر غلاف کو ٹھیک عظم لامی کے بڑے قرن کے نیچے کھولا جائے، اور سوئی باہر سے اندر کی طرف گذاری جائے گا ہے یہ عمل گلٹیوں یا وریدوں کے ورم و انتفاخ کی وجہ سے دشوار ہوجاتا ہے دورۂ جانبیہ :- دیکھو "سباتی اصلی کا باندھنا" (کھوپڑی سے باہر) +

شریان لسانی کا باندھنا :- گاہے یہ شریان اپنے مبدا کے قریب (جہاں پر یہ سباتی ظاہر سے نکلتی ہے) باندھی جاتی ہے، اور گاہے مثلث[b] تحت الفک میں عضلہ لامیہ لسانیہ[c] کے نیچے +

مثلث تحت الفک کے اندر :- مریض کو پشت پر لٹایا جائے، اسکے شانے اٹھا دئے جائیں، سر کو پیچھے کی طرف کھینچ لیا جائے، اور اسے دوسری جانب موڑ دیا جائے۔ ایک ہلالی شکل کا شگاف جس کا خم نیچے کی طرف ہو بنایا جائے جو کام ذقنی[d] کے ایک قیراط نیچے سے شروع ہو اور وہ پیچھے کی طرف عضلہ قصیہ حلمیہ تک بڑھے، اس کا مرکزی حصہ عظم لامی کے بڑے قرن کے برابر ہو۔ اب جلد اور عضلہ جلدیہ کاٹا جائے، غدۂ تحت الفک کا زیرین کنارہ متعین کیا جائے، اور اس کنارے کے طول میں لفافۂ غائرہ کو چیرا جائے۔ پھر اس گلٹی کو مبعد[e] کے ذریعہ اوپر اٹھایا جائے اور فک اسفل کے کنارے پر قائم رکھ دیا جائے۔ زخم کو اچھی طرح کھولنے پر عضلہ ذات البطنین[f] کے

[a] ہائپوگلاسل نرو +	[d] سمفے سس منٹی +
[b] سب میگزلری ٹرینگل +	[e] رٹریکٹر +
[c] ہائپوگلاسس مسل +	[f] ڈائی گیسٹرک مسل +

تصویر (۳۰)

شریان لسانی کو مثلث تحت الفک کے اندر باندھنا ۔

متعلق صفحہ ۲۵۴

تصویر (۳۱)

شریان عضدی کا بازو کے بالائی،
درمیانی، اور زیریں حصے میں باندھنا

دونوں لبطن[۵۱] عظم لامی کی طرف مڑتے ہوئے نظر آئینگے، اگلا لبطن عضلۂ ضرسیہ[۵۲] لامیہ کے ریشوں کے اوپر گزرتے ہوئے ملینگے، ان ریشوں کی رفتار فک اسفل کے مقابلے میں تقریباً آڑی ہوتی ہے، اور ان کے پچھلے ریشوں کا کاٹ دینا سود مند ہوتا ہے۔ رہا عضلہ ذات البطنین کا وتر، اسکو کند مشبک[۵۳] (کلاب) کے ذریعہ نیچے کھینچ لیا جائے، تاکہ اس فضاء میں عضلہ لامیہ لسانیہ نمایاں ہو جائے۔ جسکے ریشے عمودی طور پر اوپر کی طرف چلتے ہیں، اور جس پر عصب تحت[۵۴] اللسان قیام پذیر ہوتا ہے اور آگے کی طرف بڑھکر عضلہ ضرسیہ لامیہ کے نیچے غائب ہو جاتا ہے۔ ورید ضفدعی[۵۵] یا عصب مذکور کے اوپر ہوتی ہے یا نیچے۔ پھر عضلہ لامیہ لسانیہ کے ریشوں کو عصب مذکور اور عظم لامی کی درمیانی مسافت میں آڑے طور پر کاٹ دیا جائے۔ اس شگاف کے کناروں کے ہٹانے پر شریان نظر آئیگی جو عضلہ عاصرہ متوسطہ کے ریشوں پر قیام پذیر ہوگی۔ اگر شریان اس مقام پر نہ ملے، تو اس عضلہ کے شگاف کو پیچھے کی طرف بڑھایا جائے، چنانچہ ایسا کرنے پر شریان عموماً ملجایا کرتی ہے +

گردن میں اسکے مبداء کے قریب:- عضلہ قصیہ حلمیہ کے اگلے کنارے کے طول میں ایک شگاف اسی طرح بنایا جائے جس طرح شریان سباتی ظاہر کے باندھنے کے لئے بنایا جاتا ہے، اور اس

---

[۵۱] بیلی (بطن) +
[۵۲] مائلو ہائی آئڈ +
[۵۳] ہک
[۵۴] ہائپو گلاسل نرو +
[۵۵] ریناٹن وین +
[۵۶] نڈل کانسٹرکٹر +

عضلہ کو پیچھے کی طرف کھینچ لیا جائے، اور عظم لامی کے بڑے قرن کو متعین کیا جائے۔ اس استخوانی بلندی اور عضلہ ذات البطنین کے پچھلے بطن کے درمیان کی چھوٹی سی فضا میں تلاش کرنے سے شریان عضلہ عاصرہ متوسطہ پر پڑی ہوئی ملے گی، اس کو ٹھیک اس مقام پر باندھ دیا جائے جہاں یہ سباتی ظاہرہ سے شروع ہوتی ہے +

شریان وجہی[1] کا باندھنا:۔ یہ شریان جلد، عضلہ عریضہ (جلدیہ) اور لفافہ کے نیچے عضلہ ماضغہ[2] کے سامنے کے کنارے کے برابر فک اسفل کے زیرین کنارہ پر گزرتی ہے، لہذا اس مقام کی جلد اور لفافہ کو قطع کرنے سے اس شریان کو باندھا جاسکتا ہے۔ اس مقصد کے لئے ایک قیراط لمبا افقی[3] شگاف لگایا جاتا ہے +

شریان صدغی[4] کا باندھنا:۔ صماخ ظاہر کے سامنے عظم الوجنہ[5] کے قریب ایک عمودی شگاف بنایا جائے، اور جلد اور لفافہ کو کاٹا جائے اسی مقام پر شریان ملے گی. لیکن یہ ضروری ہے کہ اسے با احتیاط تمام عصب اذنی صدغی[6] سے ہٹا لیا جائے +

شریان قمحدوی[7] کا باندھنا:۔ اس کے باندھنے کے لئے ایک شگاف بنایا جائے جو زائدہ[8] حلمیہ کی چوٹی سے شروع ہو کر پیچھے کی طرف (رفاس[9] الراس کی طرف) دو قیراط کی مسافت تک جائے. عضلہ قصیہ حلمیہ[10]

[1] فیشیل آرٹری +	[6] میلر بون +
[2] مسیٹر +	[7] آریکیولوٹیمپورل نرو +
[3] ہاری زنٹل +	[8] آکسی پیٹل آرٹری +
[4] ٹیمپورل آرٹری +	[9] مسٹائڈ پراسس +
[5] اکسٹرنل میٹس +	[10] آکسی پیٹل پروٹوبرنس +

مشتا قۂ راسیہ، اور تقفویۂ حلیہ کے پچھلے ریشوں کا کاٹ دینا ضروری ہے تاکہ یہ شریان اس نالی میں عریاں ہو جائے جو زائدۂ حلیہ کی زیرین سطح پر ہوتی ہے اور یہاں اسے بآسانی باندھ دیا جائے +

شریان تحت الترقوہ کا باندھنا:۔ اگرچہ اسکے تینوں حصے باندھے جاتے ہیں، لیکن زیادہ تر اس کے تیسرے حصے پر یہ عمل کیا جاتا ہے، اسلئے ہم یہاں صرف تیسرے حصے کے بند کا ذکر کرتے ہیں +

تیسرے حصے کا باندھنا:۔ مریض کو میز (طاولہ) کے قریب چیت لٹایا جائے، ہاتھ اچھی طرح جھکا دیا جائے اور سر دوسری جانب موڑ دیا جائے۔ پھر بائیں ہاتھ سے جلد کو نیچے کی طرف کھینچا جائے اور ترقوہ کے اوپر ایک شگاف بنایا جائے جسکی لمبائی تین چار قیراط ہو۔ پھر جلد کو چھوڑ دیا جائے تاکہ یہ خودبخود اوپر کی طرف چڑھ جائے، اور شگاف کا مقام ترقوہ سے تقریباً نصف قیراط بلندی پر پہنچ جائے، اس طریقۂ عمل سے وداجِ ظاہر خطرے سے بالکل محفوظ رہتی ہے۔ یہ شگاف اس قسم کا ہونا چاہیئے کہ اس کا مرکزی حصہ ترقوہ کے مرکزی حصہ سے تقریباً ایک قیراط اندر کی طرف ہو + پھر عضلہ قصیہ حلمیہ اور مربعہ منحرفہ کے درمیان کی فضا کو کھولا جائے اور اسکے ریشوں کو کافی دور تک کاٹ دیا جائے، بشرطیکہ یہ ترقوہ کو غیر معمولی طریقے سے ڈھانکے ہوئے ہوں۔ وداج ظاہر اور دوسری وریدیں گاہے جراح کو مشکلات میں

لہ اسپلے نیس +	سکہ طاولہ (ٹیبل) +
سکہ ٹریکیلو مسٹائڈ +	ھہ اکسٹرنل جوگولر وین +
سکہ سب کلیوین آرٹری +	لکہ ٹریپی زیس مسل +

گرفتار کردیتی ہیں، اسلئے ایسی صورت میں انکو یا ایک طرف ہٹا لیا جاتا ہے یا باندھ کر انکو کاٹ دیا جاتا ہے۔ شگاف کے طول میں لفافہ غائرہ کو کاٹا جائے، مگر اس احتیاط کے ساتھ کہ شریان عنقی مستعرض[1] اور فوق الکتف[2] نہ کٹنے پائیں، ان میں سے اول الذکر اوپر کے طرف ہوتی ہے اور آخرالذکر ترقوہ کے نیچے چھپی رہتی ہے۔ اگر عضلہ کتفیہ لامیہ[3] کا پچھلا بطن نظر آئے، تو اسے اوپر کی طرف کھینچ لیا جائے۔ لفافہ کے مختلف طبقات کو بہ احتیاط تمام کاٹنا چاہیے یہاں تک کہ ضفیرہ عضدیہ[4] کے اعصاب نمودار ہوجائیں اب انگلی ڈالکر پہلی پسلی کی بلندی (حدبہ اخمیہ[5]) معلوم کی جائے، ورید تحت الترقوہ انگلی کے سامنے ہوگی، مگر کسی قدر نیچے کی طرف، اور شریان انگلی اور پسلی کے درمیان تڑپتی ہوئی ملے گی۔ ضفیرہ عضدیہ کی ڈوریاں (حبال) اسکے اوپر اور باہر کیطرف ہوتی ہیں، مگر زیرین حبل اسکے پیچھے سے گذرتا ہے۔ سوئی اوپر سے نیچے کی طرف گزاری جائے جو شریان سے اچھی طرح ملتی ہوئی جائے، تاکہ عصبی حبال کا زیرین حبل اس بند کے اندر نہ آجائے۔ اس عمل میں زیادہ خطرہ اس بات کا ہوتا ہے کہ غلطی سی غشاء انریہ اور سطحی دریدیں مجروح ہوجاتی ہیں، یا ضفیرہ عضدیہ کی کوئی ڈوری بند کے لپیٹے میں آجاتی ہے۔

شریان ثدئی باطن کا باندھنا:- پسلیوں کے درمیان کے عضلات داوتار کو عظم القص کے بیرونی کنارے سے ایک قیراط یا زیادہ

[1] ٹرانسورس سروائیکل آرٹری +
[2] سوپرا اسکےپولر +
[3] اومو ہائی آئڈ +
[4] بریکیل پلکسس +
[5] اسکلے نی ٹیوبرکل +

فاصلے پر کاٹا جائے، اس سے شریان نمودار ہو جائیگی جس کو باندھ دیا جائے۔ نبض کے کنارے سے شریان تقریباً نصف قیراط کے فاصلے پر ہوتی ہے۔

شریان فقری کا باندھنا۔ عضلہ قصبیہ حلیہ کے پچھلے کنارے کے زیرین نصف کی لمبائی میں ایک شگاف بنایا جائے، عضلہ عریضہ جلدیہ اور لفافۂ غائرہ کو کاٹا جائے اور عضلہ مذکورہ کو سامنے کی طرف کھینچ لیا جائے۔ عضلہ انحمیہ مقدمہ (عضلیہ عنقیہ مقدمہ) اور عصب حجابی کو تلاش کیا جائے۔ اب اس عضلہ اور عضلہ طویلہ عنقیہ[ا] کے مابین کی مسافت کھل جائیگی، جس پر شریان عنقی صاعدہ[۲] پڑی ہوئی ملے گی۔ اب چھٹے مہرے کے اگلے جناح[۳] کو تلاش کیا جائے۔ ٹھیک اس جناح کے نیچے شریان[۴] فقری اس نالی میں داخل ہوتی ہوئی ملے گی جو جناح کے اندر ہوتی ہے پھر اس ورید کو جو سامنے کی طرف ہوتی ہے، باہر کی طرف کھینچ لیا جائے تاکہ سوئی باہر سے اندر کی طرف گزاری جا سکے۔ اکثر اوقات اعصاب شرکیہ کی چند شاخیں بندکے لپیٹے میں آجاتی ہیں جو آنکھ کی پتلی کے سکیڑ کا باعث ہوجاتی ہیں +

شرائین ورقیہ کا باندھنا:- گاہے یہ شریانیں گھیگھے کی فزائش کو روکنے کے لئے باندھی جاتی ہیں +

شریان درقی[۵] اعلیٰ:- عضلہ قصبیہ حلیہ کے اگلے کنارے کی لمبائی میں ایک شگاف بنایا جائے، جس کا مرکزی حصہ غضروف درقی

[۱] لونگس کالائی +	[۴] ورٹیبرل آرٹری +
[۲] اسکلینی اس انٹائی کس +	[۵] سوپیریر تھائی رائڈ آرٹری +
[۳] ٹرانس ورس پراسس +	

کے بالائی کنارے کے مقابل ہو، سباتی ظاہر نمودار ہو جائے گی، اب شریان درقی اعلیٰ کو اسکے مبدار کے قریب باندھ دیا جائے +

شریان درقی اسفل:- اسکو باندھنے کے لئے عضلہ قصیہ حلمیہ کے اندرونی کنارے کی لمبائی میں تین قیراط لمبا شگاف بنایا جائے جو ترقوہ سے شروع ہو۔ اور اس عضلہ کو اور سباتی کے غلاف کو جو اسکے نیچے ہوتا ہے، باہر کی طرف کھینچ لیا جائے۔ پھر اگر ضرورت ہو تو عضلہ قصیہ حلمیہ اور قصیہ درقیہ کو کاٹ دیا جائے۔ پھر گردن کے چھٹے مہرے کے جناح کو تلاش کیا جاوے، جسکے ٹھیک نیچے شریان اندر کی طرف گزرتی ہوئی ملے گی۔ شریان کو سباتی کے ٹھیک نیچے اور جہاں تک ہوسکے عصب حنجری راجع سے دور باندھا جائے +

شریان ابطی کا باندھنا:- یہ شریان بغل کے جروح دخزیہ کے لئے، اور شریان تحت الترقوہ کے انورسما کے علاج کے لئے بطور ربط بعید کے باندھی جاتی ہے، اسی طرح گاہے یہ قوس زاجی کے جروح کے لئے، اور گاہے شریان عضدی کے نزف ثانوی کے لئے باندھی جاتی ہے۔

اسکے باندھنے کے دو طریقے مستعمل ہیں:-

۱۔ انفیریر تھائی رائڈ آرٹری +	۶۔ بنکیر ڈاونڈز +
۲۔ اسٹر نو تھائی رائڈ لیس +	۷۔ زسٹل بیکیر +
۳۔ ٹرانسورس پیراسس +	۸۔ پامر آرچ +
۴۔ ریکرنٹ پیرنجیل نرو +	۹۔ بریکیل آرٹری +
۵۔ اکزلری آرٹری +	

(۱) شریان کے بالائی حصے (اندرونی ثلث) کا باندھنا

بازو اور کندھے کو پیچھے کی طرف اس طرح کھینچیں، کہ عضلہ صدریہ تن جائے اس کے بعد زائدہ منقاریہ سے ترچھا ہلالی شکل کا شگاف شروع کرکے مفصل قصی ترقوی سے ایک قیراط قبل تک لائیں، یہ خط ترقوہ سے نصف قیراط نیچے ہونا چاہیے۔ اور اس خط کی لمبائی چار قیراط ہونی چاہیے۔ اب عضلہ صدریہ کبیرہ کے ترقوہ والے سرے کے ریشوں کو قطع کرکے نسیج خلوی (خانہ دار بافت) کو ایسی احتیاط سے کاٹیں، کہ ورید تیفال جو عضلہ صدریہ، اور عضلہ دالیہ کے درمیان واقع ہے، زخمی نہ ہو جائے اب زخم کے زیرین کنارے کو کھینچنے سے عضلہ صدریہ صغیرہ نمودار ہوگا، اگر اس عمل سے شریان صدری اخرمی کی کوئی شاخ کٹ جائے تو اس کو باندھ دیں، اس سے فراغت حاصل کرنے کے بعد غشا ضلعی منقاری کو قطع کریں، اور بازو کو اندر کی طرف لائیں، تاکہ عضلہ صدریہ ڈھیلا ہو جائے، پھر مرشد کے ذریعے ورید ابطی کو نمایاں کرکے کند کلاب سے اندر کی طرف ہٹائیں، اور شریان کی تڑپ معلوم کرکے اعصاب کو بچا کر حسب دستور باہر سے اندر کی طرف سوئی داخل کرکے باندھ دیں۔

شریان کے تیسرے حصے کا باندھنا یہ عمل بغل میں کیا جاتا ہے۔ مریض کو چت لٹا کر بازو کو باہر کی طرف گھمائیں، تاکہ بغل بخوبی معلوم ہو جائے، جراح بازو

۵۱ پٹڑل سل +	۵۵ پکٹورلس مائنر +
۵۲ کاریکا ڈیراسس +	۵۶ اکرومیو تھوریسک آرٹری +
۵۳ اسٹرنو کلیوکیولر جائنٹ +	۵۷ کاسٹو کاریکائڈ ممبرین +
۵۴ پکٹورلس میجر +	۵۸ ڈائرکٹر +
	۵۹ بلنٹ ہک +

اور دھڑ کے درمیان کھڑا ہو، پھر جلد میں عظم العضد کے متوازی ۲ ½ قیراط لمبا شگاف عضلہ صدریہ[1] اور عضلہ طریہ عریضہ[2] کی درمیانی مسافت میں (عروق کی رفتار میں) دیں، یہ شگاف پچھلے عضلے سے نزدیک تر ہونا چاہئے، پھر لفافہ کو باحتیاط قطع کریں، اب ورید ابطی اور عصب متوسط[3] نمایاں ہونگے۔ ورید ابطی کو اندر کی طرف اور عصب متوسط کو باہر کی طرف ہٹا کر ملتقط[4] (جفت) اور مرشد[5] کے ذریعہ شریانی غلاف کو چھیدیں، اور سوئی کو ورید اور شریان کے درمیان داخل کرکے بند لگائیں، بعض اوقات غیر معمولی اختلاف کے باعث یہ شریان دو حصوں میں منقسم ہوتی ہے، ایسی صورت میں دونوں حصے باندھے جاتے ہیں +

دوران جانبی: جب بند شریان صدری اخرمی[6] کے اوپر لگایا جاتا ہے، تو دورہ جانبیہ اسی طریقے سے قائم ہوجاتا ہے، جس طریقے سے شریان تحت الترقوہ کے بیرونی ثلث کے باندھنے کے بعد ہوتا ہے۔ اور جب بند شریان تحت الکتف[7] اور منعطف[8] کے اوپر لگایا جاتا ہے، تو دوران خون اس طریقے سے ہوتا ہے :-

شریان صدری[9] طویل اور شرائین[10] بین الاضلاع ان شاخوں سے

[1] پکٹورلیس مسل +	[6] ڈائرکٹر +
[2] لے ٹس مس ڈارسائی +	[7] اکرو میو تھوریسک آرٹری +
[3] اگزلیری وین +	[8] سب اسکے پولر آرٹری +
[4] میڈین نرو +	[9] سرکم فلکس +
[5] فارسپس +	[10] لانگ تھوریسک +
	[11] انٹر کاسٹلز +

مل جاتی ہیں، جو شریان تحت الکتف سے برآمد ہوتی ہیں اور شریان فوق[1] الکتف اور کتفی مؤخر ان کتفی شاخوں سے مل جاتی ہیں جو شریان تحت الکتف سے نکلتی ہیں۔ اور شریان فوق الکتف اور صدری[2] اخرمی شریان منعطف[3] مؤخر سے عضلہ[4] ذالیہ کے اندر مل جاتی ہیں +

اور جب بند شریان منعطف کے نیچے لگایا جاتا ہے، تو دوران خون اسی طرح قائم ہو جاتا ہے، جس طرح شریان عضدی کو شریان[5] غائر اعلے کے اوپر باندھنے کے بعد ہوتا ہے، یعنی شریان منعطف مؤخر غائر اعلیٰ کے ساتھ عضلہ ذالیہ میں مل جاتی ہے +

شریان[6] عضدی کا باندھنا:- یہ شریان مندرجہ ذیل تین مقامات پر باندھی جاتی ہے :-

(۱) بالائی حصے پر۔ بازو کو جسم سے ہٹا کر چت کر دیں اور پھر جراح عضلہ منقارئیہ[7] عضدیہ، ورید باسلیق[8] اور شریان کی تڑپ کو بخوبی معلوم کرے، اس کے بعد عضلہ مذکور کے درمیانی حصے کے مقابل عصب جلدی[9] انسی کو بچا کر جلد میں نہایت احتیاط سے تین قیراط لمبا شگاف قدرے ترچھا دے اور لفافہ کو قطع کر کے ورید باسلیق کو جو شریان کے ہمراہ ہوتی ہے، ظاہر کرے، اس کے بعد کلائی کو موڑ کر ڈھیلا کر دے

[1] سوپرا اسکے پولر +	[6] سوپیریر پروفنڈا +
[2] پوسٹیریر اسکے پولر +	[7] براکیل آرٹری +
[3] اکرومیو تھوریسک +	[8] کارکو براکئیلس +
[4] پوسٹیریر سرکم فلکس +	[9] بزیلک وین +
[5] ڈلٹائڈسل +	[10] انٹرنل کیوٹے نیس +

اور ورید، عصب اور عضلہ ذات الراسین وغیرہ کو کُنّد کلاب سے باہر کی طرف ہٹائے، پھر شریانی غلاف کو چھید کر عصب متوسط کو باہر کیطرف کھینچے، اور پھر شریان کو تڑپ کے ذریعے معلوم کرکے رباط لگائے +

اگر دو بڑی شریانیں ایک دوسرے کے متوازی معلوم ہوں، تو ہر ایک کو انگلی سے دبا کر دیکھیں، جس کے دبانے سے مطلب حاصل ہو اُسی کو باندھ دیں، شریان کو شاخوں کے اوپر باندھنا چاہیے، اسلئے شریان غائر اعلی کا خیال رکھنا چاہیے +

(۲) **بازو کے درمیانی ثلث پر** :- بازو کو مریض کے جسم سے دور کیا جائے، اس طرح کہ اسکے اور دھڑ کے درمیان زاویہ قائمہ بن جائے ہاتھ کو چت رکھا جائے، اور اسکے نیچے کوئی چیز اس غرض سے نہ رکھی جائے کہ کہیں عضلہ ثلاثیۃ الروس سامنے کی طرف نہ ٹل جائے، اور شریان اپنی جگہ سے نہ ہٹ جائے۔ جراح کو بازو اور دھڑ کے درمیان کھڑا ہونا چاہیے۔ اس صورت میں عضلہ ذات الراسین کے اندرونی کنارے کے طول میں عضلہ منقاریہ عضدیہ کے اختتام کے قریب خط شریانی پر جلد میں دو قیراط لمبا شگاف دیں، لفافہ کو چیریں، اور عضلہ مذکور کے اندرونی کنارے کو اچھی طرح عریاں کریں۔ اور اسے کسی قدر سامنے کیطرف کھینچیں۔ اس عمل سے ورید باسلیق اور عصب متوسط شریان پر نظر آئیں گے، ان کو اندر کی طرف ہٹا کر عضلہ ذات الراسین کو ڈھیلا کردیں

۱ ؎ بائی سیپس +	۴ ؎ بائی سیپس +
۲ ؎ بلنٹ ہک +	۵ ؎ کاریکو بریکیئے لس +
۳ ؎ ٹرائی سیپس مسل +	

اس کے بعد شریان کو دونوں مرافق وریدوں سے جدا کرکے باندھ دیں۔
یہ عمل ہمیشہ آسان ہی ثابت نہیں ہوتا ہے، بلکہ گاہے اثنائے عمل میں روڑے اٹک جاتے ہیں، جن سے عبور کرنا ایک مبتدی کے لئے دشوار ہوجاتا ہے۔ چنانچہ گاہے عصب متوسط شریان کے سامنے سے گزرنے کے بجائے پیچھے کی طرف سے گزرتا ہے۔ گاہے ورید باسلیق اسکی جگہ لے لیتی ہے، اور اس سے اشتباہ پیدا ہوجاتا ہے۔ گاہے شریان بازو کے بالائی حصے میں دو شاخوں میں منقسم ہوجاتی ہے۔ ایسی صورت میں دونوں کو باندھنا پڑتا ہے۔ اور ایک عام غلطی یہ ہے کہ گاہے عضلہ ذات الراسین پورے طور پر متعین نہیں ہوتا، اور اُسکے پیچھے شریان کی اصلی جگہ معلوم نہیں ہوتی۔

(۳) شریان عضدی کو کہنی کے پاس باندھنا: عضلہ ذات الراسین کے وتر کے اندرونی کنارے کی طرف جلد میں ڈیڑھ قیراط لمبا اور ترچھا شگاف اس طرح دیں کہ اسکا زیرین سرا کہنی کے موڑ کے محاذی ہو۔ نیز یہ شگاف ورید باسلیق سے باہر کی طرف اور اُس کے متوازی ہو۔ اگر یہ ورید نظر آئے، تو اسکو اندر کی طرف کھینچ لیں، اور عضلہ ذات الراسین کے لفافہ کو چیر دیں۔ اس سے شریان مع اپنی دونوں مرافق[1] وریدوں کے عریاں ہوجائیں گی۔ جو ڈھیلی چربی کی ساخت کے اندر ہوگی۔ اور عصب متوسط اس سے دور اندر کی طرف نظر آئے گا بند لگاتے وقت سوئی کو باہر سے اندر کی طرف گزاریں۔

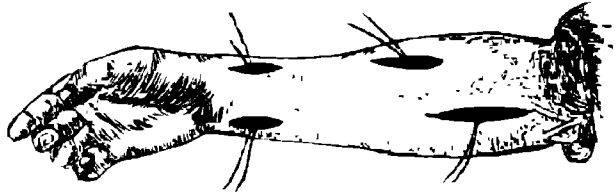
دورۂ جانبیہ: - جب بند شریان غائرۂ[2] اعلی کے اوپر لگایا جاتا

[1] وینی کامی ٹیز۔ [2] سوپیریر پروفنڈا۔

ہے۔ تو دورہ جانبیہ شریان منعطف مؤخر کی وجہ سے قائم ہوجاتا ہے جو شریان غائرا علی کی شاخوں کے ساتھ عضلہ ذالیہ کے اندر ملتی ہیں اور جب بند شریان غائرا سفل کے نیچے لگایا جاتا ہے، تو دورہ جانبیہ ان شریانی تواصلات کے ذریعہ قائم ہوتا ہے، جو کہنی کے جوڑ کے گرد ہوتے ہیں +

شریان زندی کا باندھنا:- اس شریان کے باندھنے کی ضرورت کم ہی پیش آیا کرتی ہے۔ ہاں جب ہتھیلی سے جریان خون ہوتا ہے، یا جب یہ براہ راست مجروح ہوجاتی ہے، تو اسے باندھا جاتا ہے۔ پہلی صورت میں رُسغ (قبضہ۔ پہونچا) سے ٹھیک اوپر اسے باندھ دیا جاتا ہے۔ اور دوسری صورت میں زخم کو زیادہ کشادہ کرکے شریان کو باندھا جاتا ہے۔ یہ ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ یہ شریان کہنی کے موڑ کے تقریباً وسط سے اندر کی طرف مُڑتی ہے، اور عظم کرسُنی کے بیرونی پہلو (جانب انعسی) کی طرف آتی ہے۔ اس کے دو زیریں ثلث اُس خط کے ذریعہ بتائے جاسکتے ہیں جو بازو کی ہڈی کے اندرونی نقطہ سے کھینچا جائے اور مذکورہ بالا نقطہ (عظم کرسنی کے بیرونی پہلو) پر ختم کیا جائے +

رُسغ (پہونچے) پر باندھنا:- تقریباً ایک قیراط لمبا شگاف خط شریانی پر دیا جائے جو رُسغ کے موڑ سے شروع کیا جائے

۵۱ پوسٹریر سرکمفلکس +	۵۴ بیسی فارم بون +
۵۲ انفیریر پروفنڈا +	۵۵ ریڈیل سائڈ +
۵۳ النر آرٹری +	۵۶ انٹرنل کانڈائل +

تصویر (۳۲)

شریان زندی اور شریان النبض کا باندھنا

تصویر (۳۳)

شریان النبض کا پشت رسغ پر باندھنا

اور لفافہ[1] غائرہ کو کھولا جائے۔ پھر عضلہ قابضہ[2] رسغیہ زندیہ (سفلی) کے وتر کو اندر کی طرف کھینچا جائے، اور رگوں کو دیکھا جائے۔ شریان کے زندی[3] پہلو پر عصب ہوا کرتا ہے۔ شریان کو باندھنے کے لئے (اگر ممکن ہو) دونوں اوردہ مرافقہ[4] کو شریان سے جدا کر دیا جائے، تاکہ وہ بند کے پیٹے میں نہ آ جائیں +

شریان کو کلائی کے وسط میں باندھنا:- ایک شگاف اُس خط کی سیدھ میں بنایا جائے، جو عظم العضد کے اندرونی لقمہ کے اندرونی کنارے سے عظم کرسنی کے بیرونی جانب (جانب کُعبری) تک کھینچا جائے۔ پھر اُس سفید خط کو تلاش کیا جائے، جو عضلہ رسغیہ[5] زندیہ (سُفلی) اور قابضہ سطحیہ[6] للاصابع کے درمیان کے حاجز عضلی[7] کو بتاتا ہے۔ اس جھلی کو نرمی کے ساتھ کھولا جائے۔ اس خط کا پتہ چلانا اکثر دشوار رہا کرتا ہے۔ جب صحیح مسافت کھل جاتی ہے، تو زند[8] اسفل نظر آتی ہے۔ اور عضلہ قابضہ رسغیہ زندیہ کے نیچے شریان اپنی وریدوں اور عصب کے ساتھ آسانی سے مل جاتی ہے۔ یہ عصب کسی قدر شریان سے اندر کی طرف (جانب زندی) ہوتا ہے +

شریان کو بالائی حصے میں باندھنا:- ایک ترچھا شگاف عضلہ کابہ[9] مستدیرہ کے بالائی کنارے کی سیدھ میں بنایا جائے۔ اس سے

---

[1] ڈیپ فیشیا +
[2] فلکسر کارپائی النیرس +
[3] النرسائڈ +
[4] وینی کامی ٹیز +
[5] فلکسر کارپائی النیرس +
[6] فلکسر سبلائی مس ڈیجی ٹورم +
[7] انٹر مسکیولر سیپٹم +
[8] النا +
[9] پرونیٹر ٹیریز +

حفرہ زندیہ مقدمہ کھل جائیگا۔ اور شریان عضدی کا آخری مقام انقسام نمودار ہوجائیگا +

شریان النبض (کعبری) کا باندھنا۔ اس شریان کا خط کہنی کے موڑ کے وسط سے شروع ہوکر اُس فضا رتک جاتا ہے جو قبضہ کے پاس عضلہ قابضہ رسغیہ علیا (کعبریہ) اور باطحہ طولیہ کے درمیان ہوتی ہے۔ پھر یہ شریان باہر کی طرف متوجہ ہوتی ہے، چنانچہ یہاں اسکی ضربان اُس حفرہ میں محسوس ہوسکتی ہے جو باسطہ اولے ابہامیہ اور باسطہ ثانیہ ابہامیہ کے اوتار کے درمیان ہوتا ہے۔ (اس فضاء کو بعض مشرحین نُغابۃ النشوق کہتے ہیں) +

پشت رسغ پر شریان کو باندھنا:۔ مذکورہ بالا دونوں اوتار کے درمیان کے حفرہ کو کھولیں، کیونکہ شریان اس مقام پر باہر کی طرف مڑکر پہلی فضاء بین العظام کی جڑ کی طرف جاتی ہے۔ دونوں وتروں کے درمیان ایک ترچھا شگاف بنائیں۔ جو زند اعلی کے زائدہ ابریہ سے پہلی عظم مشطی تک بڑھے +

رسغ کے اوپر شریان کا باندھنا:۔ خط شریانی پر ایک شگاف بنایا جائے۔ عضلہ باطحہ طولیہ اور قابضہ رسغیہ کعبریہ کے

۱ے اینٹی کیوبی ٹل فاسا +	۷ے انٹراشی آس سپیں +
۲ے فلکسر کار پائی ریڈیلس +	۸ے ریڈیس +
۳ے سوپائی نیٹر لانگس	۹ے اسٹیلائڈ پراسس +
۴ے اکس ٹنسر برا مائی +	۱۰ے بیٹا کاربل بون +
۵ے اکسٹنسر سکنڈائی +	۱۱ے سوپائی نیٹر لانگس +
۶ے اسنف باکس +	۱۲ے فلکسر کارپائی النے رس +

درمیان کے لفافہ کے کھولنے پر یہ شریان نظر آئیگی +

کلائی کے وسط میں یا بالائی ثلث میں شریان کا باندھنا

خط شریانی پر ایک شگاف بنایا جائے، اور باطحہ طویلہ کے اندرونی کنارے کو تلاش کرکے دور ہٹا دیا جائے۔ اسلئے کہ شریان اس کے نیچے ہوتی ہے، اور عصب زندی[له] اعلی اس سے کیقدر باہر کیطرف اگرچہ بالائی حصے میں ان دونوں کے درمیان تھوڑا سا فاصلہ حائل ہوتا ہے +

اورطی بطنی[۵۲] کا باندھنا:۔ اس کے باندھنے کے بعد عموماً موت لاحق ہوا کرتی ہے۔ اگرچہ بعض مریض، دس، بیس یا چالیس روز تک زندہ ہی رہے ہیں۔ اسکے باندھنے کے لئے شکم کے خط وسطانی سے کسی قدر بائیں طرف شگاف بنائیں، جسکا مرکزی حصہ ناف کے مقابل ہو۔ آنتوں کو ہٹایا جائے، اور صفاق (باریطون) کے پچھلے طبقہ کو چیرا جائے، جو اورطی پر تغشیہ کرتا ہے۔ اس کو عریان کرکے باندھ دیا جائے۔ گاہے اسکے ساتھ ہی ایک طرف یا دونوں طرف کی شریان حرقفی اصلی کو باندھ دیا جاتا ہے، تاکہ خون کی واپسی رک جائے +

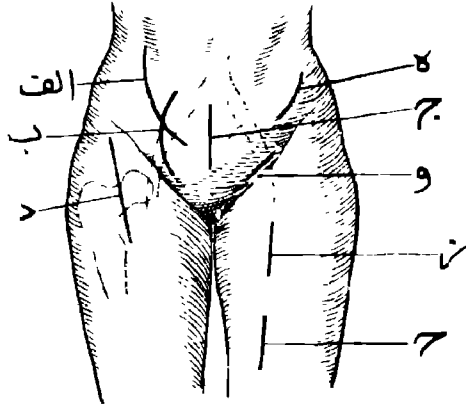
شریان[۵۳] حرقفی اصلی کا باندھنا:۔ یہ شریان اورطی بطنی کے دوشاخہ مقام سے کمر کے چوتھے مہرے کے بائیں طرف شروع ہوتی ہے اور مفصل[۵۴] حرقفی عجزی کے سامنے تک بڑھتی ہے۔ اسکو باندھنے کے لئے شکم کے خط وسطانی میں شگاف بنایا جائے جسکا مرکزی حصہ ناف

له ریڈیل نرو +
۵۲ ابڈامنل اے آرٹا +
۵۳ کامن الیک +
۵۴ الیو سیکرل جائنٹ +

سے قدرے نیچے ہو. پھر شریان کو تلاش کیا جائے، اور باریطون[1] جداری کے پچھلے طبقہ کو چیر کر شریان کو عریاں کیا جائے، اور رباط (بند) گزار کر اسکو باندھ دیا جائے. حالب چونکہ اس شریان پر اسکے آخری انقسام (دو شاخہ مقام) سے ٹھیک اوپر عبور کرتا ہے، اسلئے اسکو احتیاط سے بچا لیا جائے +

شریان حرقفی باطن[2] کا باندھنا:- یہ شریان گاہے اسکی شاخوں کے جریان خون کے لئے یا اسکی شاخوں کے انورسا کے علاج کے لئے باندھی جاتی ہے؛ انورسا زیادہ تر اسکی شاخ آلوی میں ہوا کرتا ہے. اس شریان کی مبالی تقریباً ڈیڑھ (۱½) قیراط ہوتی ہے. اس شریان تک پہونچنے کا طریقہ یہ ہے کہ شکم کے خط وسطانی میں ناف سے نیچے شگاف لگایا جائے، پھر آنتوں کو ایک طرف ہٹایا جائے، اور شریان حرقفی اصلی کے مقام انقسام (دو شاخہ منتہی) کو ڈھونڈھا جائے اسکے بعد باریطون کے پچھلے طبقہ چیرا جائے. مگر اس طرح کہ حالب بچا رہے. پھر ابرۂ انورسا یہ گزاری جائے، جسکے اندر ڈورا موجود ہو. مگر اس احتیاط کے ساتھ کہ ورید زخمی نہ ہونے پائے +

شریان حرقفی ظاہر[3] کا باندھنا:- اس شریان کی لمبائی تقریباً ساڑھے تین قیراط سے چار تک ہوتی ہے. اس شریان کی رفتار کے ہر حصے تک پہونچنا آسان ہے. اسکی شاخیں زیادہ نہیں ہیں اور وہ بھی اسکے زیرین حصے سے خارج ہوتی ہیں. اس شریان کا مقام

[1] پیرائٹل پیری ٹونیم +	[3] گلیوٹیل آرٹری +
[2] انٹرنل ایلیک +	[4] اکسٹرنل ایلیک آرٹری +

تصویر (۳۴)

جو شگاف شکم کے زیرین حصے اور ران کی بالائی حصے میں دیے جاتے ہیں

(الف) شریان حرقفی کے باندھنے کیلئے

(ب) اُسی شریان کے باندھنے کے لئے

بطریقۂ دیگر

(ج) شریان حرقفی باطن کے باندھنے کے لئے

(د) مفصل ورک کو کاٹنے کیلئے شگاف

(ﮦ) شریان حرقفی ظاہر کو باندھنے کیلئے

(و) شریان مذکور کو باندھنے کے لئے

بطریقۂ دیگر

(ﺳ) شریان فخذی کو شلث فخذی کے راس کے پاس باندھنا

(ح) شریان فخذی کو مجرائے مقربی کے اندر باندھنا

اُس خط کے زیرین دو ثلث سے متعین کیا جا سکتا ہے جو اورطیٰ کے آخری مقام انقسام (دوشاخہ مقام) سے کھینچا جائے، اور اُس فضا کے بیچ میں ختم کیا جائے جو خاصرہ[1] کے شوکہ مقدمہ علیا[2] اور ارتفاع عانی[3] کے درمیان واقع ہے، یعنی رباط الاربیہ[4] کے وسط سے قدرے اندر کی طرف۔ اس شریان تک پہونچنے کے طریقے اگرچہ بہت سے ہیں، مگر بہترین طریقہ وہ ہے، جس میں بارلیطون کو چیرنا نہیں پڑتا۔ چنانچہ ایسے دو مندرجہ ذیل طریقے ہیں:-

پہلا طریقہ (عملیت کوپر) ایک شگاف رباط اُربی کے بیرونی نصف کے مقابل بنایا جائے، جسکی ابتدار رباط مذکور کے مرکز سے قدرے اندرونی (انسی) جانب ہو، اور تقریباً ½ قیراط اس سے بلند ہو پھر یہ شگاف اوپر اور باہر کی طرف بڑھے، اور شوکہ مقدمہ علیا سے تقریباً ایک قیراط قبل ختم ہو جائے۔ پھر عضلہ مورّبہ[5] ظاہرہ کے وتر عریض (صفاق) کو اس خط کے طول میں چیرا جائے، پھر عضلہ موربہ غائرہ[8] اور مستعرضہ[9] کے زیرین کناروں کو (جو اس وقت عریاں ہو جاتے ہیں) مبعدات[10] کے ذریعہ اوپر کی طرف کھینچ لیا جائے، جو مجرائے[11] اُربی پر

---

[1] الیم +
[2] انٹیریر سوپیرا سپائن +
[3] سمفے سس پوبس +
[4] پوپارٹس لگمنٹ +
[5] آسٹلی کوپرس آپریشن +
[6] اکسٹرنل آبلیک مسل +
[7] اپائی نیوروسس +
[8] انٹرنل آبلیک مسل +
[9] ٹرانسورسیلس +
[10] رٹریکٹرز +
[11] انگوئنل کینال +

بشکل کمان ہوتے ہیں۔ اسکے بعد لفافہ مستعرضہ[۵۱] کو اور باریطون کے نیچے کی ڈھیلی چربیدار تہ کو ملقط[۵۲] اور مرشد[۵۳] کے ذریعہ کھولا جائے۔ اب شریان انگلی کے نیچے تڑپتی ہوئی ملیگی۔ اس کا خیال رکھیں کہ اثنائے عملیت میں شریان شراسیفی[۵۴] اور حرقفی منعطف[۵۵] زخمی نہ ہو جائیں، کیونکہ دوران جانبی میں ان دونوں کی ضرورت ہوتی ہے پھر سوئی اندر سے باہر کی طرف گزاری جائے، اور شریان کو باندھ دیا جائے۔ اسکے بعد باریطون[۵۶] اور عضلات کے طبقات کو خیاطت[۵۷] مخفیہ (مدفونہ) سے سی دیا جائے +

دوسرا طریقہ (عملیت ابرنیثی[۵۸]): زیادہ تر مستعمل ہے۔ چار قیراط لمبا شگاف دیا جائے، جسکو شوکہ مقدمہ علیا سے تقریبًا ڈیڑھ قیراط اوپر، اور تقریبًا اسی قدر اندرونی جانب سے شروع کیا جائے، اور رباط اربی کے وسط سے تقریبًا نصف قیراط اوپر اور ٹھیک باہر کی طرف ختم کیا جائے۔ اسکے بعد عضلہ موربہ ظاہرہ کے وتر عریض کو اسکے ریشوں کی رفتار کی سیدھ میں چیرا جائے، اسی طرح عضلہ موربہ غائرہ اور مستعرضہ کو بھی۔ پھر لفافہ مستعرضہ کو باحتیاط تمام کاٹا جائے، جسکی دبازت مختلف ہوا کرتی ہے، کبھی غلیظ اور کبھی اتنی رقیق کہ اسکی شناخت دشوار ہو جاتی ہے۔ پھر اس زخم کے اندر انگلیاں

---

۵۱ ٹرنسورسیلس فیشیا +
۵۲ فارسیپس +
۵۳ ڈائرکٹر +
۵۴ اپی گیسٹرک +
۵۵ سرکم فلکس الیک +
۵۶ پیری ٹونیم +
۵۷ بیوریڈ سیوچر +
۵۸ ابرنیتھیز آپریشن +

داخل کی جائیں، اور باریطون اور اسکے مشمولات کو حفرہ خاصرہ[1] سے جدا کیا جائے اور ان کو اندر اور سامنے کی طرف کھینچ لیا جائے، اور مقام عمل سے ان کو ایک چوڑے ملوق[2] کے ذریعہ دور رکھا جائے۔ اس فضا (حفرۂ خاصرہ) کے اندر جو اس طرح کھولی گئی ہے، عضلہ حرقفیہ[3] نظر آئیگا اور اسکے اوپر اسکا لفافہ ہوگا، اور اسکے اندرونی جانب عضلہ صُلبیہ[4] (قطنیہ) کا گول کنارا ملیگا۔ شریان اسی عضلہ کے اندرونی کنارے کے قریب ہوتی ہے، جو عموماً آسانی سے مل جایا کرتی ہے۔ یہ شریان اس مقام میں لفافہ کے ایک غلاف (غمد[5]) کے اندر ہوتی ہے، جس پر عصب تناسلی فخذی[6] عموماً عبور کرتا ہے، اور رگا ہے اس پر چند غدد جاذبہ[7] بھی ہوتی ہیں۔ ورید شریان سے اندر کی طرف ہوتی ہے اور الگ ہوتی ہے۔ شریان کو باندھنے کے لئے سوئی اندر سے باہر کیطرف گزاری جائے۔ اگر شکم کا لفافہ مستعرضہ پورے طور پر نہ کھل سکے، تو اس صورت میں یہ ممکن ہے کہ اسکو باریطون کے ساتھ اوو معظر کر ہٹا دیا جائے، اور انکے ساتھ رگوں کو بھی سامنے کی طرف کر دیا جائے۔ اس صورت میں رگیں ملوق کے نیچے نظر آئیں گی۔

یہ دوسرا عمل پہلے عمل سے بہتر ہے۔ جسکے وجوہ متعدد ہیں۔

شریانِ فخذی[8] (فخذی اصلی) کا باندھنا۔ مفصل ورک سے

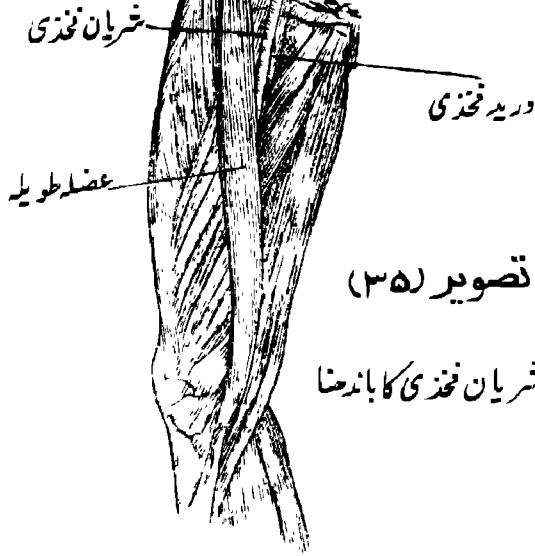
[1] ایلیک فاسا +	[5] شیتھ +
[2] اسپے چولا (ملوق) +	[6] جینٹو کرورل نرو +
[3] ایلائیکس مسل +	[7] لمفیٹک گلینڈز +
[4] سواس مسل +	[8] فیمورل آرٹری +
	[9] ہپ جائنٹ +

جب عمل تیر کیا جاتا ہے، تو ابتداءً اسے باندھا جاتا ہے۔ بمقابلہ شریان فخذی کے دورۂ جانبیہ شریان حرقفی ظاہر کے باندھنے کے بعد زیادہ بہتر صورت میں قائم ہوا کرتا ہے، اسلئے شریان فخذی کو کمتر ہی باندھا جاتا ہے۔ نیز اسلئے بھی اسے کم باندھا جاتا ہے کہ اس سے شاخیں بکثرت نکلتی ہیں، اور اسکے بند ہو جانے پر ان کے فعل میں گاہے خلل واقع ہو جاتا ہے۔ اسکے باندھنے کا طریقہ یہ ہے کہ ایک عمودی شگاف خط شریانی پر لگایا جائے، جو رباط الاربیہ سے قدرے اوپر کی طرف، اور قدرے نیچے کی طرف بڑھے۔ یہ ضروری ہے کہ سطحی عروق لحجاذبہ اور وارداور دہ کو بچایا جائے، اور لفافہ فخذیہ (لفافہ عریضہ) کو چیر کر شریانی غلاف (غمد) کو عریاں کیا جائے، اور اسے کھول کر شریان کو باندھ دیا جائے۔ باندھتے وقت سوئی اندر کی طرف سے گزاری جائے +

شریان فخذی سطحی کا باندھنا:۔

شریان فخذی سطحی باصطلاح خاص شریان فخذی اصلی کا وہ حصہ ہے جو شریان فخذی غائر کے بعد ہے +

یہ شریان اُس خط کے مقابل ہوتی ہے جو خاصرہ کے شوکہ مقدم علیا اور ارتفاق عانی کے درمیانی نقطہ سے شروع کر کے ران کی ہڈی کے اندرونی لقمہ کی بلندی (حدبہ) تک کھینچا جائے۔ اس حالت میں

۵۱ لمفے ٹکس +	۵۴ ڈیپ فیمورل آرٹری +
۵۲ فیشیا لیٹا +	۵۵ انٹیریر سوپیرا سپائن +
۵۳ سوپر فیشیل فیمورل آرٹری +	۵۶ سمفے سس پیوبس +
	۵۷ انٹرنل کانڈائل +

تصویر (۳۵)

شریان فخذی کا باندھنا

تصویر (۳۶)

شریان فخذی کو باندھنے کیلئے
اسکے بالائی اور زیریں حصے
میں شگاف دینا

گھٹنے کو مڑا ہوا، اور ران کو باہر کی طرف ہٹا ہوا ہونا چاہئے. یہ شریان گاہے مثلث فخذی[51] کی چوٹی (راس) میں باندھی جاتی ہے، اور گاہے مجرائے مقربہ[52] (مجرای مقربی) میں +

مثلث فخذی کے زاویہ میں اسکا باندھنا:۔ شریان کی رفتار میں ایک شگاف چار قیراط لمبا بنایا جائے، جسکی ابتدا رباط ان؟ سے تقریبًا چار قیراط نیچے سے کی جائے. جلد اور لفافہ کاٹا جائے، اور حصہ طویلہ[53] کے اندرونی کنارے کو کھولا جائے. اب شریان ٹھیک اس کنارے کے نیچے ملیگی. جب عضلہ کو کسی قدر باہر کی طرف کھینچا جاتا ہے. تو شاذ و نادر عصب جلدی[54] متوسط نظر آتا ہے. اس مقام میں ورید شریان سے نیچے ہوتی ہے. بند لگانے کے لئے سوئی دونوں طرف سے گزاری جا سکتی ہے مگر احتیاط یہ ہونی چاہئے کہ ورید نہ چھد جائے +

مجرائے مقربی میں باندھنا:۔ ران کے وسط میں خط شریانی پر تقریبًا چار قیراط لمبا شگاف دیا جائے. لفافۂ عریضہ کو کاٹ کر عضلہ طویلہ کو عریاں کیا جائے؛ اس کے ریشے نیچے اور اندر کی طرف رُخ رکھتے ہیں؛ پھر اسکے بیرونی کنارے کو متعین کیا جائے، اور عضلہ کو اندر کی طرف کھینچکر ہٹا لیا جائے. اب مجرائے مقربی کی وتری پوشش[55] (غطا وتری) نظر آئیگی، جو مقربہ طویلہ[56] اور متسعہ انسیہ[57] کے درمیان بڑھتی ہے. اسکو چیرا جائے. اسکے نیچے غلاف شریانی ملیگا. جسکے باہر کی طرف متسعہ

---

[51] اسکارپائزٹیکل (فیمورل ٹرینگل) +
[52] ایڈکٹر کینال (ہنٹرس کینال) +
[53] سارٹوریس +
[54] مڈل کیوٹے نیس نرو +
[55] ایونیوروٹک کورنگ +
[56] ایڈکٹر لانگس +
[57] واسٹس انٹرنس +

انسیہ کا عصب ہوگا، اور عصب صافن[1] طویل اسپر باہر سے اندر کیطرف عبور کرتا ہوا ملیگا۔ رہی ورید، وہ شریان کے پیچھے سے اس طرح گزرتی ہے، کہ کچھ دور نیچے جا کر وہ باہر کی طرف آجاتی ہے۔ اسکو باندھنے کے لئے جدہر سے چاہیں سوئی داخل کریں، باہر سے یا اندر سے۔ اس کے زیرین حصے کے قریب باندھنا مناسب نہیں ہے؛ اسلئے کہ یہ مقام شریان متواصل کبیر[2] سے قریب ہے +

شریان مابضی[3] کا باندھنا۔ گاہے یہ شریان مجرائی مقربی کے قریب باندھی جاتی ہے، یعنی مجرائے مذکور سے گزرنے کے بعد قریب مقام میں، اور گاہے تضائے مابض[4] کی گہرائی میں۔ لیکن پہلے مقام میں باندھنا زیادہ مناسب ہے۔ ان دونوں عملیات کی ضرورت بہت کم پڑا کرتی ہے +

شریان کے بالائی حصے کو باندھنے کے لئے ران کو دوکر[5] کے باہر کیطرف پھیر دیا جائے، تاکہ عضلۂ مقربہ اور عضلۂ مقربۂ عظیمہ[6] کا وتر واضح ہو جائے۔ اب چار قیراط لمبا شگاف بنایا جائے، جو اس حد سے اوپر کیطرف جائے، اور وتر مذکور کو کھولا جائے۔ اگر وریدِ صافن انسی[7] اور عصب صافن نظر آئیں، تو ان کو ایک چوڑے میخ[8] کے ذریعہ پیچھے کی طرف کھینچ لیا جائے۔ جن کے ساتھ عضلۂ طویلہ[9]، رقیقہ[10]، اور

---

[1] لانگ سیفنس نرو +
[2] [illegible] +
[3] پاپلی ٹیل آرٹری +
[4] پاپلی ٹیل اسپیس +
[5] اڈکٹر ٹیوبرکل، ران کی ہڈی کی وہ بلندی جہاں عضلۂ مقربۂ کبیرہ کا وتر آکر لگتا ہے) +
[6] اڈکٹر میگنس +
[7] انٹرنل سیفنس وین +
[8] [illegible] +
[9] سارٹوریس +
[10] گریسیلس

غشائیۃ النصف بھی ہوں۔ اگر ممکن ہو تو شریان متواصل کبیر کی بھی حفاظت کی جائے، جو اسی وتر کے ساتھ چلتی ہے۔ اب لفافہ کو کھولا جائے۔ جس سے شریان نظر آئیگی، ورانجا لیکہ اسکے گرد ڈھیلی نسیج خلوی کی ایک کثیر مقدار ہوگی۔ ورید عموماً باہر کی طرف ملا کرتی ہے، جو اس مقام پر موٹی اور کثیف ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے لاشوں کے اندر غلطی ہوجایا کرتی ہے اور طلبہ اسکو شریان خیال کرنے لگتے ہیں +

شریان کو زیرین حصے میں باندھنا:- فضائے مابضی کے خط وسطانی میں ایک شگاف بنایا جائے، لفافۂ غائرہ کو چیرا جائے، عضلۂ توامیہ کے سروں کو اور عصبۂ مابضی انسی کو دور کیا جائے۔ یہاں ورید بمقابلہ شریان کے سطحی ہوتی ہے۔ شریان کو باندھنے کے لئے سوئی اندر کی طرف سے گزاری جائے +

شریان قصبئ مؤخر کا باندھنا:- اس شریان کو سوائے اسکے کہ جریان خون ہو، یا پاؤں کا عمل بتر کیا جائے۔ کمتر ہی باندھا جاتا ہے۔ اس شریان کی رفتار اس خط کے مقابل ہوتی ہے جو فضاء مابض کے وسط سے اس نقطے تک کھینچا جائے جو اندرونی گٹے کے ایک انگشت پیچھے قائم کیا جائے +

بطن ساق کے وسط میں شریان کا باندھنا:- پنڈلی کو موڑ کر اُسے بیرونی پہلو پر رکھا جائے، اور ایک شگاف چار قیراط لمبا

سلہ ٹیپ نیتھیا +

سلہ گیسٹرونیمی اس +

سلہ انٹرنل پاپلیٹیل نرو +

سلہ پوسٹیریر ٹبیل آرٹری +

سلہ پنڈلی کی درمیانی رکابت +

قصبہ کبریٰ کے اندرونی کنارہ سے ایک انگشت پیچھے بنایا جائے. پھر جلد اور اسکے نیچے کی نسیج خلوی کاٹی جائے، اور حسب ضرورت ورید صافن طویل اور عصب صافن کو ہٹایا جائے. پھر عضلہ نعلیہ کے مبداء قصبی کو کھولا جائے، اور اسکو ٹھیک قصبہ کے رخ پر چیرا جائے، یہانتک کہ دو تری ریشے مل جائیں جو اسکی گہری سطح پر ہوتے ہیں. اس شگاف کے بعد عضلہ کو پیچھے کی طرف کھینچ لیا جائے جس سے رگیں لفافے کے گہرے طبقہ میں لپٹی ہوئی عضلہ قصبیۂ موخرہ پر ملیں گی، اور ان سے باہر کیطرف عصب قصبی موخر ملیگا. شریان سے دونوں مرافق وریدوں کو جدا کیا جائے اور سوئی عصب مذکور کی طرف سے گزاری جائے +

پنڈلی کے زیرین ثلث میں شریان کا باندھنا. وتر لعقب اور قصبہ کبریٰ کے اندرونی کنارے کے مابین کی فضاء کے وسط میں ایک انگشت شگاف بنایا جائے، اور جلد، اسکے نیچے کی نسیج خلوی اور اندرونی رباط حلقی کے بالائی حصے کو کاٹا جائے، جس سے رگیں نظر آئینگی. ان رگوں سے پیچھے اور باہر کی طرف عصب ہوا کرتا ہے +

شریان کا گٹے کے پیچھے باندھنا:- ایک ترچھا شگاف گٹے سے تقریباً ایک انگشت کے فاصلے پر بنایا جائے، جو گٹے کے زیرین

---

۵۱ لانگ سیفی نس وین +

۵۲ سیفی نس نرو +

۵۳ سولی اس +

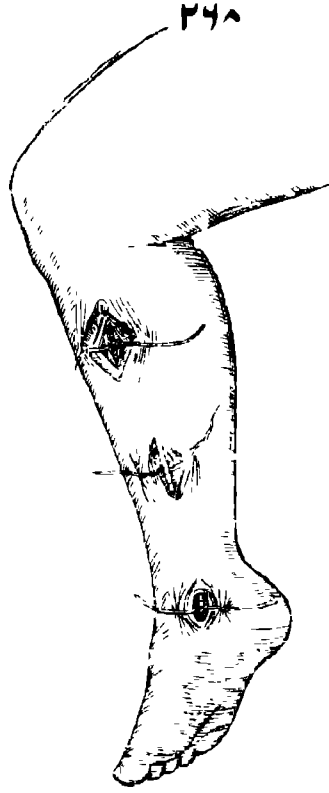
۵۴ ٹیبل اوری جن +

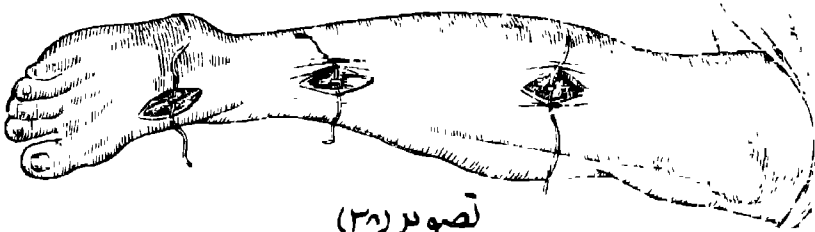
۵۵ اپونیوروٹک فائبرز +

۵۶ پوسٹیریر ٹیبیل نرو +

۵۷ ٹنڈو اکیلس +

۵۸ انٹرنل انیولر لگمنٹ +

۵۹ فلکسر لانگس ڈیجی ٹورم +

تصویر (۳۷)

شریان قصبی موخر کا، اس کے بالائی، درمیانی۔
اور زیریں حصے میں باندھنا۔

تصویر (۳۸)

شریان قصبی مقدم کا بالائی اور زیرین حصے پر، اور پشتِ قدم پر باندھنا

کنارے کے گرد گھومے. پھر رباط حلقی اِنسی کو ان رگوں کے اوپر عضلہ قابضۂ[1] طویلہ اصبعیہ اور عضلۂ قابضہ خاصۂ[2] ابہامیہ کے وتروں کو درمیان کاٹا جائے، جس سے شریان نمودار ہو جائیگی، اسے بہ سہولت باندھ دیا جائے. اور اس امر کی احتیاط رکھی جائے. کہ اوتار کے غلاف نہ کھلنے پائیں +

شریان قصبی مقدم کا باندھنا:- اس شریان کی رفتار اس خط کی سیدھ میں ہوتی ہے جو قصبہ کبریٰ[3] کے ضلعے اور قصبۂ[4] صغریٰ کے سر کے مابین کی فضا کے وسط سے شروع کیا جائے اور اس فضا کے وسط میں ختم کیا جائے جو دونوں گٹوں کے درمیان ہوتی ہے. اس شریان کو تین مقامات پر باندھا جاسکتا ہے +

پنڈلی کے بالائی حصے میں اس شریان کا باندھنا:- شریان کی رفتار میں ایک شگاف بنایا جائے، اور لفافے کو کاٹا جائے اور اس حاجزۂ[5] عضلی کو تلاش کیا جائے جو عضلہ قصبیۂ[6] مقدمہ اور رباسطہ طویلہ[7] للاصابع کے درمیان ہوتا ہے. چنانچہ شریان سطح سے دور غشاء[8] بین العظمین (بین القصبتین) پر پڑی ہوئی ملیگی، جس کے ساتھ دو مرافق وریدیں دونوں پہلو پر ہونگی اور عصب قصبی مؤخر باہر کی طرف +

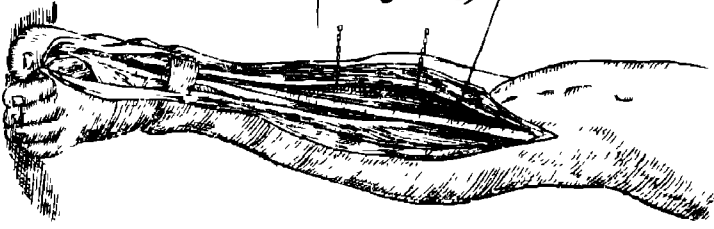
پنڈلی کے وسط میں شریان کا باندھنا:- مذکورہ بالا

[1] فلکسر لانگس ڈیجی ٹورم +	[5] فی بیولا +
[2] فلکسر پرابرتی اسس ہیلیوسس +	[6] انٹر مسکیولر سپٹیم +
[3] انٹیریر ٹبیل آرٹری +	[7] ٹبیس انٹائی کس +
[4] ٹبیا +	[8] اکس ٹنسر لانگس ڈیجی ٹورم +
	[9] انٹر اشی اس میمبرین +

دونوں عضلات کے درمیان کی فضاء کو کھولا جائے، جو اس مقا
ایک سفید لکیر کی شکل میں اس وجہ سے نمودار ہوتا ہے کہ چربی
مقدار لفافہ کے نیچے جمع ہو جاتی ہے۔ رگیں اس مقام پر عموماً ع
قصبیہ مقدمہ اور باسطہ خاصہ ابہامیہ کے درمیان ہوتی ہیں اور
شریان کے سامنے ہوتا ہے، جسکے ہٹانے کی ضرورت ہے +

زیریں ثلث میں شریان کا باندھنا۔ شریان کی ر
میں ایک شگاف بنایا جائے، جو مفصل[۲] کعب کے ٹھیک اوپر سے
ہو۔ اور دو قیراط کے فاصلہ تک اوپر چڑھے، پھر لفافہ غائرہ اور ر
کا بالائی حصہ کاٹا جائے۔ اب رگیں عضلہ قصبیہ مقدمہ اور باس
ابہامیہ کے وتروں کے درمیان ملیں گی جن سے باہر کی طرف ع

شریان ظہر القدم کا باندھنا۔ یہ شریان دونوں ٹخن
درمیان کی فضاء کے وسط سے اس مقام تک چلتی ہے جو پہلی ا
دوسری عظم مشطی کے قاعدوں کے درمیان ہوتا ہے۔ اسلئے شگ
اس مقام پر بنایا جائے اور گہرے لفافے کو کاٹا جائے تاکہ عضہ
باسطہ خاصہ ابہامیہ کے وتر اور عضلہ باسطہ قصیرہ اصبعیہ کے اند
وتر کے درمیان نظر آئے۔ پہلا عضلہ شریان پر عبور کرتا ہے اور اند
جانب ہوتا ہے۔ گاہے یہ شریان آسانی سے نہیں ملتی، اس صورت
اسکی تلاش کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اسکو ایک ایسے شگاف سے کاٹ

سلہ اکس ٹنسر پرابری اس ہیلیوسس +	سکہ متا کارپل بون +
سلہ انیکل +	سلہ اکس ٹنسر پرابری آسا ہیلیوسس
سلہ ڈارسے لس پیڈس +	سلہ اکس ٹنسر بریوس ڈیجی ٹورم +

تصویر (۳۹)

شریان قصبی مقدم کے مجاورات

تصویر (۴۰)

شریان شظوی اور قصبی مقدم کا وسط ساق میں باندھنا

جائے جو ہڈیوں تک پہونچے ، پھر اس شریان کو جریان خون کے نقطو نپر تلاش کیا جائے +

شریان شظوی[1] کا باندھنا :- پنڈلی کو اندرونی پہلو پر رکھا جائے ، اور قصبۂ صغریٰ (شظیہ) کے وسط کے پچھلے کنارے کے طول میں ایک شگاف بنایا جائے - پھر عضلہ نعلیہ[2] کے بیرونی کنارے کو متعین کر کے اندر کی طرف کھینچ لیا جائے ، اور ضرورت کے وقت اس کے انتہائی ریشوں کو کاٹ دیا جائے ، اس عمل سے عضلہ قابضہ طویلہ ابہامیہ کھل جائیگا ، اسکو اس طریقہ سے چیرا جائے کہ قصبۂ صغریٰ کا پچھلا اندرونی کنارہ مل جائے ، شریان اسی کنارے کے قریب ایک عظمی ، ترکی[3] نالی کے اندر پڑی ہوئی ملیگی +

وحمات یا سلعات عروقیہ[5]

وحمیہ یا سلعہ عروقیہ ، عروقی نسیج کی غیر طبعی افزائش کو کہتے ہیں جو رسولی کی صورت میں جلد یا جلد کے نیچے کی ساخت میں ، یا غشا مخاطی کے نیچے ، بن جاتی ہے ، عروق رسولی گاہے پیدائشی ہوتی ہے ، اور گاہے پیدائش کے بعد جلد ہی نمودار ہو جاتی ہے ، علی ہذا گاہے یہ خود بخود تحلیل ہو کر غائب ہو جاتی ہے ، گاہے اوسی حجم میں موجود رہتی ہے ، اور گاہے بسرعت بڑھنے لگتی ہے - ایسی رسولیاں شرائین

---

[1] پرونیل آرٹری +	[4] آسیوا یونیر روٹنگ کینال +
[2] نعلیہ - رسولی اس	[5] نیوائی (رانجیو میٹا) +
[3] فلکسر لانگس پرایری اس +	

کی انتہائی باریک شاخوں میں، یا عروق شعریہ میں یا وریدوں میں ہوا کرتی ہیں +

اسی نوع کی پیدائشی رسولی عروق جاذبہ میں بھی ہوسکتی ہے، جسے وحمہ مائیہ[51] کہتے ہیں +

شریانات[52] کی رسولیاں :- ان رسولیوں کو انورسائے دوالیہ[53] (مُتلفِفہ) کہتے ہیں، جو عموماً شریانِ[54] صدغی کی شاخوں کو ماؤف کرتی ہیں بعض حالتوں میں کسی گذشتہ ضرب کی سرگذشت مریض میں پائی جاتی ہے، چھوٹی رگیں پھیل کر بلدار ہو جاتی ہیں اور پھر بتدریج بڑی شاخیں بھی متاثر ہو جاتی ہیں۔ مریض کو سر میں مسلسل گنگناہٹ اور بھنبھناہٹ محسوس ہوتی ہے۔ جسکی وجہ یہ ہے کہ رگوں کے اندر طنین[55] کی آواز پیدا ہو جاتی ہے +

اگر اس قسم کی پھیلی ہوئی رگوں میں چوٹ لگ جائے تو شدید نزف کا خدشہ ہوتا ہے +

علاج :- ماؤف عروق کو قطع کر کے خارج کرنے کی کوشش کرنی چاہیے مگر یہ علاج کافی طور پر اطمینان بخش نہیں۔ رسولی کو بجلی سے گاہے جلایا بھی جاتا ہے +

وحمہ شعریہ[56] (عروق شعریہ کی رسولیاں)۔ سرخ سرخ یا ارغوانی رنگ کے چتوں کی صورت میں جلد یا غشاء مخاطی میں ہوتی ہیں۔ عموماً یہ

---

[51] وحمہ مائیہ۔ لمفے ٹک انجیوما +
[52] آرٹیری ادلز +
[53] سرسائیڈ انیورزم +
[54] ٹیمپورل آرٹری +
[55] بروٹ +
[56] کیپلری نیوس +

تصویر (۴۳)

داء الفیل زیدانی خصیہ اور قضیب میں
(ایک جاپانی شخص کے اندر)

گردن اور چہرے پر چھوٹے بڑے دھبوں کی صورت میں نمودار ہوتی ہیں، گر گاہے اسقدر وسیع ہوتی ہیں کہ آدھے بدن کو ڈھانپ لیتی ہیں +

علاج:- بڑی رسولیوں کو انکی وسعت کے باعث کاٹ کر خارج کردینا علی العموم ناممکن ہوتا ہے۔ مگر چھوٹی رسولیوں کو ایسے مقامات سے جہاں بدنما داغ رہنے کا اندیشہ نہو کاٹ کر نکالدینا چاہئے۔ شعاع ایکسریا شعاعیہ (ریڈیم) کے استعمال سے رسولی جل جاتی ہے۔ اور اسپر لیفی تدبلی ساخت بن جاتی ہے اور داغ بھی چنداں بدنما نہیں ہوتا۔ گاہے ادویہ کاویہ مثلاً حامض فحمی مثلوج (کاربونک ایسڈ اسنو) یا حامض سورجی (تیزاب شورہ۔ نائٹرک ایسڈ) سے جلا دینا مفید ہوتا ہے۔ گاہے کے حقیقی سے بھی جلایا جاتا ہے۔ جب رسولی کا کاٹ کر خارج کرنا نامناسب ہوتا ہے، مثلاً جب پپوٹوں کے قرب وجوار کی رسولی ہو تو رسولی کے اندر کے حقیقی کے ساتھ متعدد چھید کئے جائیں، اور اس مقصد کے لئے باریک سوئی استعمال کی جائے +

گاہے تحلیل برقی (تحلیل کہربائی۔ وخز برقی) کے ذریعہ بھی داغ دیتے ہیں +

وہ وحمات جو جلد کے نیچے کی ساخت کو ماؤف کرتی ہیں، وہ مقامی ورم اور ابھار پیدا کردیتی ہیں، جنکے اوپر صحیح جلد کا استر ہوتا ہے۔ ایسی رسولیاں اکثر غلطی سے اکیاس جلدیہ سمجھ لی جاتی ہیں۔ جلد کے نیچے کی عروقی رسولی کا علاج استیصال (کاٹ کر خارج کردینا) ہے۔ وحمہ

سله نائبرد سیکیٹ رٹیل ٹشو +	سله الکٹرولائی سس +
سله ایکچوال کاٹری +	سله [illegible] +

کہفیہ (دمحمۂ وریدیہ)[1]:- عموماً یہ جلد کے نیچے ہوتی ہیں، مگر گاہے اندرونی احشار میں بھی پائی جاتی ہیں۔ ان کی ترکیب خون کی وسیع فضاؤں اور جوفوں سے ہوتی ہے۔ ان جوفوں کے اندر بطانہ (بشرہ باطنہ) کا استر ہوتا ہے۔ جن کے اندر شریانیں براہ راست، بلاواسطہ عروق شعریہ، داخل ہوتی ہیں۔ ان رسولیوں کا رنگ نیلگوں ہوتا ہے۔ جب مریض کھانستا ہے، یا نیچے کو زور لگاتا ہے تو حجم میں زیادہ بڑھ کر ابھر آتی ہیں، ان رسولیوں کی شکل نرم ورم کی سی ہوتی ہے، جن میں تڑپ نہیں ہوتی۔ انکا حجم دبانے سے گھٹ جاتا ہے، اور پھر دباؤ جب ہٹالیا جاتا ہے، تو دوبارہ بھر جاتی ہیں +

علاج :- ایسی تحت الجلد کہفی رسولیوں کا علاج بھی یہی ہے کہ انکو کاٹکر نکال دیا جائے۔ اگر کسی وجہ سے ممکن نہ ہو، تو تحلیل برقی استعمال کیجائے تاکہ ان رگوں کا خون منجمد ہو جائے۔ اور اسکے بعد وہ ریشوں میں تبدیل ہو جائے گا۔ جب ان کے اندر کھولتا ہوا پانی پچکاری سے داخل کیا جاتا ہے، جو مفید ثابت ہوتا ہے +

وریدوں کے سلعات وعیہ[2]:- یہ نہایت شاذ ہوتے ہیں، اور بڑے پیمانہ پر ورید کو پھیلا دیتے ہیں۔ ضرب یا تقرح کے اثر سے انمیں شدید نزف کا احتمال رہتا ہے +

انتباہ تمام سلعات عروقیہ کے جراحی اعمال میں شدید سیلان خون کا سخت خدشہ ہوتا ہے، اور سیلان بلحاظ رسولی کے حجم کے کہیں زیادہ ہوتا ہے۔ اس لئے سیلان خون کی بخوبی روک تھام

---

[1] کیورنس نیوس +

[2] سلعات وعیہ - انجیومے ٹس ٹیومرز +

رکھنے کے لیئے پورا پورا انتظام بنظر تقدم بالحفظ پہلے سے
رکھنا چاہیئے +

سلعات عروقیہ گاہے لب، گالوں، مسوڑھوں، اور تالو وغیرہ کی مخاطی جھلیوں کو بھی ماؤف کر دیتے ہیں، اور ان میں سے بعض عضلات کے اندر بھی ہوتے ہیں +

چھوٹے بچوں کی رسولیوں کے علاج میں رسولی کی افزائش کی رفتار اور بچے کے بڑھنے کی رفتار (ہر دو) کا بخوبی موازنہ کرنا چاہیئے۔ بعض رسولیاں خودبخود اچھی ہو جاتی ہیں، اور انکا اندرونی مرکزی حصہ لیفی بنکر زرد پڑ جاتا اور سکڑ جاتا ہے +

سلعہ وحمیہ شحمیہ[۱] :- ایک رسولی ہے جو عموماً پیدائشی (خلقی) ہوا کرتی ہے، جو دو قسم کی ساخت (شحمی، اور وحمی یعنی عروقی) پر مشتمل ہوتی ہے۔ اسکی خصوصیات گرہدار (فصیصی) سلعہ شحمیہ[۲] کے مانند ہوتی ہے، جسکی سطح پر پھیلی ہوئی وریدیں یا عروق شعریہ پائی جاتی ہیں۔ دبانے سے اسکا حجم گھٹ جاتا ہے۔ اسکے اندر ضربان (نبضان) اور ارتعاش نہیں ہوتا +

علاج :- اسکا علاج محض استیصال (کاٹ کر خارج کر دینا) ہے +

فصد[۳]

فصد یا ورید کو کھولنا طبی (غیر جراحی) مریضوں میں خون خارج

[۱] سلعہ وحمیہ شحمیہ = نیوو لی پوما +	[۳] فصد = وینی سکشن +
[۲] سلعہ شحمیہ = لی پوما +	

کرنیکے لئے مستعمل ہے۔ اور جراحی مریضوں میں اسلئے کہ شدید نزف کے بعد سیال نمکین کا احتقان مقصود ہوتا ہے +

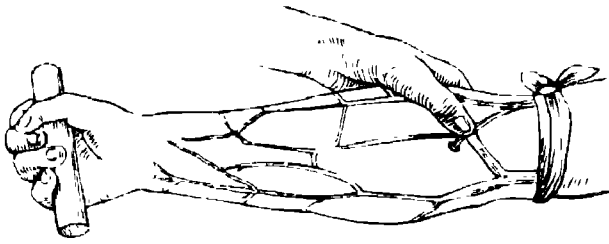
سیال نمکین پہونچانے کے لئے باسلیقی متوسط بہترین ورید ہے پہلے ہاتھ کے گرد ایک بندش اس غرض سے لگائی جاتی ہے کہ وریدی خون کی واپسی مسدود ہو جائے۔ جب ورید خوب ابھر آتی ہے تو اوس کے اوپر کی جلد میں ایک تشگاف لگا دیا جاتا ہے، جو ہاتھ کے طول میں ہوتا ہی مگر ورید پر مستعرض شکل میں ہوتا ہے۔ جب جلد کے ہٹانے کے بعد ورید نمایاں ہو جاتی ہے، تو اوسکی بیرونی دیوار کو ملقط (چمٹی) سے پکڑ کر اوسمیں قینچی سے لمبا تشگاف دیا جاتا ہے۔ پھر اس تشگاف کے اندر ایک انبوبہ ۵۳ داخل کر دیا جاتا ہے، پھر انبوبہ کو اندر باندھکر ہاتھ کی بندش کھول دیجاتی ہے، اور سیال نمکین ورید کے اندر داخل کر دیا جاتا ہے +

خون خارج کرنے کے لئے جو فصد کیجاتی ہے، اُسکا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو کرسی پر بٹھائیں۔ یا بستر پر چیت لٹائیں۔ مریض کو کھڑا کر کے فصد کرنا مناسب نہیں، اس سے غشی جلد آجاتی ہے۔ کہنی کے سامنے کی جلد پاک کی جائے۔ نشتر (مبضع) کو پاک (معقم) کیا جائے، بازو کو ایک بند سے اسقدر کس کر باندھیں کہ وریدی خون کا جریان رک جائے، مگر شریانی خون کی آمد جاری رہے۔ جراح کے لئے یہ ضروری ہے کہ دستکاری شروع کرنے سے پہلے اپنے ہاتھ کو قاعدہ سے پاک کرے۔ پھر مریض کے ہاتھ میں کوئی چیز (مثلاً لکڑی کا ٹکڑا) دی جائے کہ وہ اسے زور سے پکڑے

سلہ: میڈین بزیلک +	۵۳ لین سٹ +
۵۳ کینولا +	

متعلق صفحہ

تصویر (۴۱)

فصد

اس سے وریدیں ابھر آتی ہیں۔ اسکے بعد بائیں انگوٹھے سے باسلیقی
متوسط کو اپنی جگہ قائم کیا جائے، اور ورید کو چیر دیا جائے۔ خون جو خارج
ہو، اسے پیالہ میں اکٹھا کیا جائے۔ جب حسب ضرورت کافی خون خارج
ہو چکے، تو وہ لکڑی (عصا) مریض کے ہاتھ سے ہٹالی جائے، اور اس
کھلی ہوئی ورید پر صاف روئی کی گدی (رفادہ) رکھکر کس دی جائے۔ بازو
پر جو بند لگایا گیا تھا، اسے ڈھیلا کر دیا جائے۔ چند روز میں فصد کا
زخم ملتحم ہو جائیگا۔ گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ عصب جلدی[۱] انسی کے
بعض ریشے ندبہ[۲] میں آجاتے ہیں، جس سے عصبی درد پیدا ہو جاتا ہے
اسی طرح جب نشتر زیادہ گہرائی تک چلا جاتا ہے، تو جرح[۳] شریانی وریدی
کے وقوع کا اندیشہ ہوتا ہے +

جاذبات (رطوبات) کے امراض

عروق جاذبہ[۴] کے آفات

عروق جاذبہ کے جروح (جراحات) میں سے محض مجرائے صدر[۵]
کی جراحت ہے۔ جب مجرائے صدر مجروح ہو جاتا ہے، تو رطوبت
کیلوسیہ اس سے بہنے لگتی ہے۔ لیکن اس کے دہانے کے باندھنے پر

---

[۱] انٹرنل کیوٹے نیس نرو +
[۲] سی کیٹ رکس +
[۳] آرٹیریو وے نس انیورزم +
[۴] لمفے ٹکس +
[۵] لمفے ٹک وسلز +
[۶] تھوریسک ڈکٹ +
[۷] کائی لس فلوئڈ +

زخم بند ہو جاتا ہے۔ اگر باندھنا ناممکن ہو تو دباؤ ڈالا جائے +
گاہے مجرائے صدر کا دہانہ بند ہو جاتا، یا دب جاتا ہے، جس سے
غیر معمولی تناؤ پیدا ہوتا ہے، حتیٰ کہ مجرائے صدر پھٹ جاتا ہے، اور جوف
صدر کے اندر رطوبت کیلوسیہ یا مائیہ (مصلیہ) گر کر جمع ہو جاتی ہے +

عروق[1] جاذبہ کا التہاب حاد:- یہ ہمیشہ عفونت کے نتیجہ میں
پیدا ہوا کرتا ہے۔ التہاب (ورم حار) عموماً جراثیم کے اثر سے پیدا ہوتا ہے
مگر گاہے محض اور خالص مواد سمیہ (سمین[2]) سے بھی۔ یہ ابتدائی (اول)
کبھی نہیں ہوتا، بلکہ ہمیشہ کسی مرکز عدوئے[3] سے مثلاً جراحت یا خراج سے
ثانوی طور پر لاحق ہوا کرتا ہے۔ التہاب حاد کا اثر دعمل عموماً قریب ترین
غدد جاذبہ[4] تک محدود رہتا ہے، مگر گاہے زیادہ بھی پھیل جاتا ہے +

ماہیت مرض:- جاذبات کی دیواریں ملتہب (بہ التہاب حاد) ہو جاتی
ہیں، اور متصل ساختیں بھی ماؤف ہو جاتی ہیں؛ چنانچہ جب تقیح لاحق
ہوتا ہے (پیپ پڑ جاتی ہے)، تو پیپ جس طرح رگوں کے جوف کے اندر
ہوتی ہے، اسی طرح اس کے باہر بھی پائی جاتی ہے +

علامات:- لرزہ (نافض) اور بخار، دردسر، بھوک کی کمی، اور سرخ
لکیریں جلد کے اندر پائی جاتی ہیں، جو اصلی مرکز (محل مرض اصلی) سے قریب
ترین غدد جاذبہ تک بڑھتی ہیں۔ متورم عروق جاذبہ میں درد اور مضاضت[5]
(نزاکت)، ہوتی ہے۔ ان رگوں کی رفتار میں کچھ کچھ فاصلہ پر گاہے چھوٹے

---

[1] اکیوٹ لمفین جائی ٹس +
[2] ٹاکسین +
[3] فوکس آف انفکشن +
[4] لمفیٹک گلینڈز +
[5] ٹنڈرنس +

چھوٹے پھوڑے بن جاتے ہیں. گاہے گلٹیوں کے اندر پیپ پڑجاتی ہے
مریض کی ہلاکت تعفن دم یا تقیح دم سے ہوتی ہے +

علاج :- اصلی اور ابتدائی مرکز عفونت کو پاک کیا جائے ،تاکہ سمیت کے نفوذ کا سلسلہ بند ہوجائے . عروق جاذبہ کا علاج گرم تکمیدوں سے کیا جائے . اگر پھوڑے ہوں، تو انکو چیرا جائے . آرام سے مریض کو رکھا جائے ،کنکنہ (کونین) کا استعمال کرایا جائے ،اور اچھی غذا، دیجائے +

عروق جاذبہ کا التہاب مزمن گاہے سوزاک، قرحۂ رخوہ، ابتدائی آتشک، اور جلد کے مرض درنی میں پیدا ہوجاتا ہے. علاج یہ ہے کہ ابتدائی (اصلی) مرض کا علاج کیا جائے . ہاں اگر مرض درنی کی وجہ سے ہو تو ابتدائی مرکز کے ساتھ تمام گرہوں کو خارج کردیا جائے.

سلعہ جاذبیہ (عروق جاذبہ کی رسولی) تقریبًا خلقی (پیدائشی) ہوا کرتی ہے ،جس کی ترکیب میں عروق جاذبہ اور نسیج خلوی پائی جاتی ہے. اسکی دو قسمیں ہیں :- شعریہ اور کہفیہ +

(۱) **سلعہ جاذبیہ شعریہ** عمومًا پیدائشی ہوا کرتا ہے. لیکن بسا اوقات بچہ کی پیدائش کے ساتھ یہ تیزی سے ترقی پکڑتا ہے ،اور بڑے حجم تک پہونچ جاتا ہے . اسکا رنگ زردی مائل بھورا ہوتا ہے ، اور جلد میں اسکے چٹے (طفحات) چکنے یا مسے کی شکل کے ہوتے ہیں +

۱ سپٹی سیمیا +	۵ لمفین جیوما +
۲ پائی میا +	۶ کیلری لمفین جیوما +
۳ کرانک لمفین جائی ٹس +	۷ کیورنس لمفین جیوما +
۴ شانٹ شنکر +	

علاج :- استیصال (خارج کر دینا) ہے +

(۲) **سلعہ جاذبیہ کہفیہ** میں عروق جاذبہ اپنی انبوبی شکل (نالی کی شکل) کو چھوڑ کر تھیلی کی صورت اختیار کر لیتی ہیں۔ اس وجہ سے اسکے اندر خلائیں پیدا ہو جاتی ہیں، جس میں عروق جاذبہ کے مُنہ آ کر کھلتے ہیں یہ گاہے جلد میں پیدا ہوتا ہے، اور نملہ[1] کی طرح اس سے چھوٹے چھوٹے آبلے نمودار ہو جاتے ہیں، جو التہاب کی علامتوں سے خالی ہوتے ہیں۔ اس کا **علاج** چیرنا اور داغنا (کیّ) ہے +

گاہے گہری ساختوں میں، علی الخصوص گردن میں، انتفاخات (سوجن) پیدا ہو جاتے ہیں جنکے اندر متعدد جیوب (خلائیں) ہوتی ہیں؛ انکو سلعہ مائیہ کیسیہ[2] کہا جاتا ہے۔ ان کو چیر کر (تشریح سے) خارج کرنا دشوار ہوتا ہے، اسلئے کہ یہ اکثر اوقات محدود نہیں ہوتے، بلکہ بہت پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ لیکن اگر یہ تیزی سے بڑھ رہے ہوں، تو ایکمرتبہ کوشش کر کے دیکھ لینا چاہیے +

تمددِ جاذبات[3] (عروق جاذبہ کا پھیل جانا)۔ جب عروق جاذبہ کی کوئی بڑی رگ التہاب کی وجہ سے یا ندبات[4] کے دباؤ کی وجہ سے بند ہو جاتی ہے، تو عروق جاذبہ پھیلکر عروق دوالیہ[5] کی شکل اختیار کر لیتی ہیں خیوط[6] دمویہ بشریہ نامی کیڑوں کی موجودگی کی وجہ سے اس قسم کی صورتیں زیادہ ہوتی ہیں۔ مجرائے صدر بند ہو جانے سے گاہے پھٹ جاتا ہے

[1] ہرپیز +	[4] سی کیٹ ٹرکس (ندبہ) +
[2] سسٹک ہائی گروما +	[5] ویری کوز وین +
[3] لمفینجی اک ٹے سس +	[6] فائلیریا سنگوئی نس ہومی نس +

جس سے رطوبت کیلوسیہ جوفِ شکم یا جوف صدر میں گر جاتی ہے۔
قیلۂ کیلوسیہ[1] میں دودھ جیسی رطوبت (جو بعض اوقات کیلوس ہوتی ہے) خصیہ کے طبقہ غمدیہ[2] میں آجاتی ہے، جو کسی عرق جاذب کے انسداد کا نتیجہ ہوتا ہے +

داءالفیل (مرض فیلپا) خیوط[3] نامی کیڑوں کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، جو عروق جاذبہ کی بڑی رگوں (اجذاع جاذبہ) کو بند کردیتے ہیں۔ اس قسم کو داءالفیل حقیقی یا دیدانی کہتے ہیں۔ اسی کو داءالفیل عربی[4] بھی کہتے ہیں۔ اسکے مقابلہ میں داءالفیل کی دوسری قسم کاذب[5] یا غیر دیدانی ہے، جو عروق جاذبہ کے التہاب حاد کے باربار حملوں کا نتیجہ ہوتا ہے، جیسا کہ پاؤں کے مزمن قرحہ میں، یا درنی وسرطانی افزائشوں کی وجہ سے رگوں کے انسداد کی حالت میں ہوتا ہے۔ لیکن ان دونوں قسموں میں مندرجۂ ذیل تین عوارض پائے جاتے ہیں۔

(۱) اوذیمائے صلبہ[6] (سخت ورم بلغمی) یا اوذیمائے مائیہ لمفاویہ جس سے زیر جلد ساخت سخت، اور بہت متورم ہوجاتی ہے، اسقدر سخت کہ دبانے سے عام اوذیما کی طرح اس میں دباؤ کا نشان نہیں پڑتا
(۲) جلد اور زیر جلد ساخت بہت غلیظ اور موٹی ہوجاتی ہے، اور اسکا

---

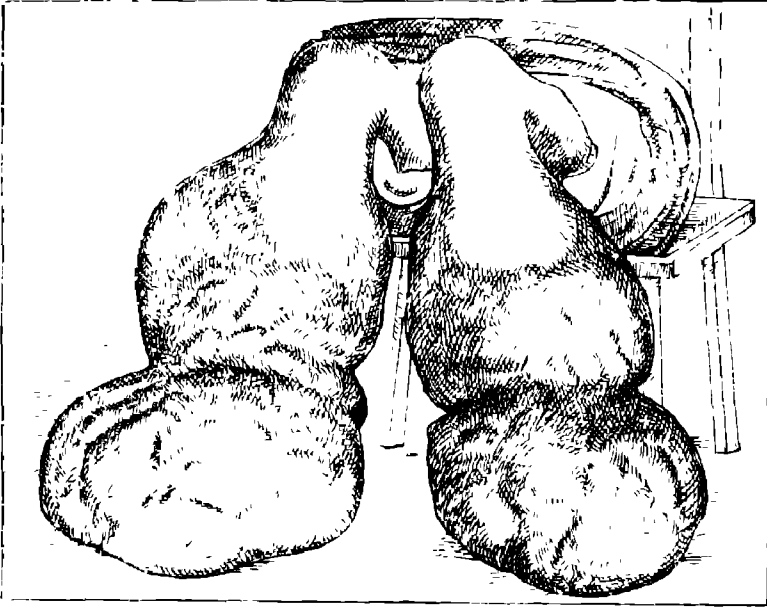
[1] کائی لس ہائیڈروسیل +
[2] ٹیونیکا وجائی نےلس +
[3] ایلی فین ٹی اے سس
[4] فائی لیریا +
[5] ایلی فین ٹی اے سس ایرے بم +
[6] سیوڈو ایلی فین ٹی اے سس +
[7] نن نائی لیریل ایلی فین ٹی اے سس +
[8] سولڈ اے ڈیما +
[9] لمفےٹک اڈیما +

منظر توول (رمتے) کے مانند ہو جاتا ہے۔ (۳) گاہے نواصیر مائیہ پائے جاتے ہیں، یعنی عروق جاذبہ حلمات[۵۱] کے اندر پھیلکر تھیلیوں کی شکل اختیار کر لیتی ہیں، جن سے پھٹنے کے بعد بکثرت مائیت خارج ہوتی ہے۔ پھر جب ان میں تعفن[۵۲] لاحق ہو جاتا ہے، تو مزمن[۵۳] تقرح اور عروق جاذبہ کا التہاب متکرر[۵۴] (بار بار لوٹنے والا التہاب) پیدا ہو جاتا ہے +

۷ داء الفیل حقیقی (دیدانی، عزنی) اسے رجْل بربدی بھی کہا جاتا ہے۔ یہ ٹھنڈے ممالک (مثلاً انگلستان) میں شاذ و نادر اور گرم مقامات مثلاً ہندوستان وجنوبی امریکہ میں بکثرت ہوتا ہے، یہ زیادہ تر ٹانگوں، صفن، اور عورتوں کی اندام نہانی (فرج) میں لاحق ہوتا ہے، اگرچہ گاہے چہرے اور چھاتیوں میں بھی عارض ہوتا ہے۔ اس میں زیر جلد ساخت کے اندر مختلف حجم کی ضخامت (غلظت) پیدا ہو جاتی ہے، جلد غلیظ اور مسوں کے مانند بن جاتی ہے، جس سے گاہے رطوبت مصلیہ بہتی رہتی ہے۔ گاہے اس مرض کی وجہ سے اجزار ماؤفہ کا حجم غیر معمولی طور پر بڑھ جاتا ہے۔ یہ مرض مدتہائے دراز تک قائم رہتا ہے اور بالذات مہلک ثابت نہیں ہوتا +

اس مرض کا حقیقی سبب، جیسا کہ پہلے بتایا گیا ہے، خیوط دمویہ بشریہ ہوتے ہیں، جو عروق جاذبہ کو بند کر دیتے ہیں۔ یہ کیڑے مچھروں کے

---

[۵۱] لِنف سٹک فسچولی +
[۵۲] سپے پلی +
[۵۳] لمف +
[۵۴] انفکشن (سپ سس) +
[۵۵] کرانک السریشن +
[۵۶] ریکرنٹ لم فین جائی ٹس +
[۵۷] باربے ڈوز لگ +

تصویر (۴۲)

داء الفیل غیر دیدانی (کاذب) دونوں ٹانگوں میں ،
جو انگلستان کی ایک عورت کو ہو گیا تھا ۔

ذریعہ پھیلتے ہیں، جنکے جسم میں ان کیڑوں کا دور متوسط پورا ہوتا ہے
چنانچہ کوئی مردہ مچھر مع اپنے مشمولات کے (جسکے اندر یہ کیڑے بھی
ہوتے ہیں) پانی کے اندر گر جاتا ہے، اور انسان اس پانی کو استعمال
کرتا ہے، تو اس کیڑے کے انڈے انسان کے معدہ میں پہونچ جاتے
ہیں۔ یہاں انڈوں سے کیڑے (نقف) آزاد ہو کر معدہ کی غشا رمخاطی کو
چھیدتے، اور آخر کار عروق جاذبہ تک پہونچکر اس کے اندر ٹھہر جاتے ہیں
(علی الخصوص اطراف کی عروق جاذبہ میں)۔ ایک شخص کے اندر ان کیڑوں
(خیوط) کی تعداد (بالغ کیڑوں کی تعداد) دو تین جوڑے سے زیادہ نہیں
ہوتی۔ اس جوڑے کے مؤنث (مادہ کا جسم جو تین قیراط تک لمبا ہوتا ہے)
اعضا رتناسل پر مشتمل ہوتا ہے، اور خیوط جنینیہ کی بہت بڑی تعداد اس سے
پیدا ہو جاتی ہے۔ ان میں سے بعض افضیہ مائیہ کے اندر بل کھا کر
انسداد مائی (دوران مائی کے انسداد) کا سبب بن جاتے ہیں، اور
ان میں بعض بلدار نہیں ہوتے، اور انکی لمبائی ۱/۸۰ قیراط ہوتی ہے جو
خون میں جا کر شامل ہو جاتے ہیں ان میں بعض دن کے وقت جاتے
ہیں، (خیوط نہاریہ) اور بعض رات کے وقت (خیوط لیلیہ)۔ خردبین سے
انکا مشاہدہ کرنا آسان ہے۔ پھر جب مچھر جسم انسان کا خون پیتا ہے،
تو اس خون کے ساتھ یہ خیوط جنینیہ مچھر کے جسم میں داخل ہو جاتے ہیں،

۱؎ انٹرمے جی ایٹ اسٹیج +	۴؎ لمفے ٹک اسپیسیز +
۲؎ نقف (ینگ وارم) وہ بچہ جو ابھی انڈے سے برآمد ہوا ہو +	۵؎ لفے ٹک آبس ٹرکشن +
۳؎ امبرائی نک فائی لیری ای +	۶؎ فائی لیریا ڈی ارنا +
	۷؎ فائی لیریا ناک ٹرنا +

جس سے نئی نسل کا سلسلہ شروع ہوجاتا ہے +
علاج:- اسکا کوئی علاج پورے طور پر کامیاب اور اطمینان بخش نہیں ہے. قسم دیدانی میں دیدان کو خارج کر دیا جائے، بشرطیکہ ان جوان کیڑوں کی صحیح جگہ معلوم ہوجائے، جیساکہ بعض حالات میں ممکن ہوتا ہے. اگرچہ اسکے بعد بھی گاہے دوران مائی کا انسداد برقرار رہ جاتا ہے. اس انسداد کا علاج، دونوں قسموں دیدانی وغیر دیدانی، میں یہ ہے کہ عضو کو بلند رکھا جائے، اور لچکدار دباؤ (ضغط لدن[51]) ڈالا جائے. لیکن جب مرض اسوجہ سے ہو کہ کنج ران کے اندر اس انسداد کی صورت واقع ہوئی ہو، تو بعض اوقات یہ ممکن ہوتا ہے کہ پھولی ہوئی عروق جاذبہ (جفائع جاذبہ[52]) کو تلاش کرکے ورید صافن انسی کی کسی شاخ (رباجگذار) کے ساتھ اسکا پیوند کر دیا جائے، تاکہ عضو سے امتلاء مائی دور ہوجائے. بعض لوگ دوران مائی کو دوبارہ جاری کرنے کے لئے مصنوعی راستے اس طرح بناتے ہیں کہ جلد کے نیچے ریشم کا نہایت پاک (معقم) ڈورا متورم مقامات میں داخل کرکے اسی طرح مدفون چھوڑ دیتے ہیں، اور ان کو یہاں سے تندرست ساختوں تک پہونچا دیتے ہیں. یہ عمل رطوبات کو بہانے کے لئے اُس وقت بھی مفید پڑتا ہے، جبکہ سرطانِ ثدی کے اخیر درجات میں گاہے ہاتھ موٹا اور غلیظ ہوجاتا ہے. لیکن یہ طریقہ زیرین اطراف میں جاذبیت کشش ثقل کی تاثیر کیوجہ سے کم مفید پڑتا ہے اگر مریض چاہے، اور مرض اطراف میں ہو تو عمل بتر کیا جاسکتا ہے. اور اگر یہ مرض صفن میں ہو، تو ماؤف ساختوں کو باحتیاط

---

[51] الاسٹک پریشر +
[52] لمفے ٹک ٹرنکس +
[53] انٹرنل سے فے نس وین +

تمام چیرا جائے، قضیب اور خصیوں کو ہٹا لیا جائے، اسکے بعد صفن کو کاٹ کر خارج کر دیا جائے. مگر جلد اتنی باقی رکھی جائے، جو خصیوں کی پوشش کے لئے کافی ہو. جریان خون کو روکنے کے لئے رباط ضاغط (مضغط) استعمال کیا جائے.

غدد جاذبہ (غدد مائیہ) کے جراحی امراض

غدد جاذبہ کا التہاب حاد کثیرالوقوع اور عام ہے، جو یا سمیات (سمینات) یا جراثیم کے انجذاب سے پیدا ہوتا ہے +

ماہیت:۔ امتلاء خون اور ترشح کی وجہ سے گلٹیاں سرخ، سخت اور بڑی ہو جاتی ہیں. جب جراثیم قیحیہ کی وجہ سے یہ صورت پیدا ہوتی ہے، تو متعدد بقعات میں تقیح نمودار ہو جاتا ہے. یہ التہاب غدہ سے محیط غدد تک جلد ہی پھیل جاتا ہے (التہاب محیط غدہ) اور گلٹی کی تھیلی کو پھاڑ کر پیپ بیرونی سطح پر آجاتی ہے +

علامات: التہاب کی عمومی علامتیں پائی جاتی ہیں. گلٹیاں بڑھی ہوئی (متورم) محسوس ہو سکتی ہیں، اور ان مقامات میں ممناضت (نزاکت) آجاتی ہے. اگر تقیح لاحق نہیں ہوتا، تو درد ہٹ جاتا ہے، اور سوجن بتدریج غائب ہو جاتی ہے. لیکن جب ان میں پیپ پڑ جاتی ہے، تو گلٹیاں متصلہ ساختوں اور جلد کے ساتھ چمٹ جاتی ہیں، ان کے اوپر سرخی نمودار ہوتی ہے، اور تموج پایا جاتا ہے، جو پیپ کی موجودگی کی علامت

---

۵۱ ٹارنی کیٹ +

۵۲ اکیوٹ ایڈی نائی ٹس +

۵۳ پیری ایڈی نائی ٹس +

ہے۔ بغل اور گردن جیسی ڈھیلی ساختوں میں لگتا ہے اس کے ساتھ ورم
فلغمونی[1] منتشر پیدا ہوجاتا ہے +

علاج:- ابتدائی مرکز کا علاج کیا جائے، آرام وراحت بخشی جائے،
متورم گلٹیوں پر تکمید کی جائے۔ اگر پھوڑا بن جائے، تو اُسے چیر دیا جائے

التہاب غددی مُزمن (غدد جاذبہ کا التہاب مزمن) کی تین
قسمیں ہیں:-

(۱) بسیط یا سادہ (۲) افرنجی یا آتشکی (۳) درنی یا سلّی +

(۱) غدد جاذبہ کا التہاب مزمن بسیط (سادہ): اعضاء
محیطہ[2] (اعضاء واثرہ) کے خراش وہیجان کی وجہ سے یہ صورت پیدا
ہوتی ہے، مثلاً پرانے قرحوں سے، جوؤں کے کاٹنے سے، چھاجن[3] کی
وجہ سے، اور بُرے دانتوں سے۔ اس مرض میں گلٹیاں متورم اور
دردناک ہوجاتی ہیں، مگر ایک دوسرے کے ساتھ ملتصق نہیں ہوتیں،
نیز ان میں تقیح کی طرف میلان کم ہی ہوتا ہے +

علاج:- خراش وہیجان کا جو ذریعہ ہو، اسے دور کیا جائے، اور
عضو ماؤف کو آرام سے رکھا جائے۔ اس علاج کے باوجود اگر گلٹیوں کا
ورم قائم رہے، یا بڑھتا جائے تو سمجھنا چاہیئے کہ غالباً یہ التہاب قسم
درنی کے قبیلے سے ہے۔

(۲) غدد جاذبہ کا التہاب مزمن افرنجی (آتشکی): آتشک
کے مختلف درجات میں گلٹیوں کے اندر مختلف قسم کے عوارض پیدا

[1] ڈفیوز سیلیولائٹس +
[2] پیری فیرل +
[3] اکزیما +

ہوتے ہیں +

(الف) آتشک کے ابتدائی درجہ میں ابتدائی زخم کے قرب و جوار کی گلٹیاں التہاب غیر مولم میں مبتلا ہوجاتی ہیں۔ اس صورت میں تقیح کبھی نہیں لاحق ہوتا، تاوقتیکہ اس کے ساتھ ساتھ جراثیم قیحیہ[1] بھی جذب نہ ہوجائیں +

(ب) آتشک کے دوسرے درجہ میں بہت سی گلٹیاں متورم ہوجاتی ہیں، علی الخصوص گردن کی پچھلی لڑی کی گلٹیاں۔ یہ چھوٹی، سخت بے درد (غیر مولم) ہوتی ہیں، اور ان میں پیپ نہیں پڑتی ہے +

(ج) آتشک کے تیسرے درجہ میں گا ہے ان گلٹیوں کے اندر ورم صمغی لاحق ہوجاتا ہے، یا یہ متقیح ہوجاتی ہیں، جس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ جب ورم صمغی پھٹتا ہے، تو اس سے جراثیم اندر چلے جاتے ہیں +

تینوں صورتوں میں اسکا علاج یہ ہے کہ آتشک کا علاج کیا جائے۔

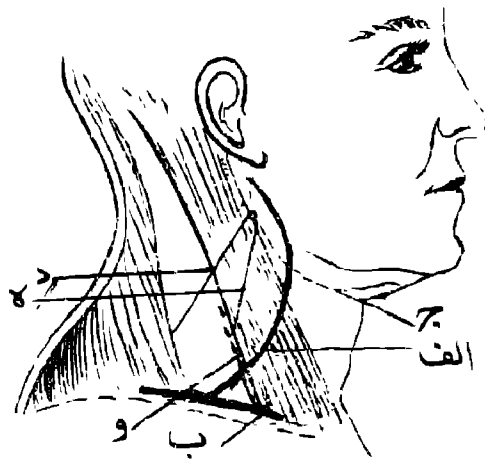
(۳) **غدد جاذبہ کا التہاب درنی[2] مزمن** بکثرت بیس سال سے کم عمر والوں میں لاحق ہوتا ہے، لیکن دوسری عمروں میں بھی نمودار ہوا کرتا ہے۔ اسکا سبب مُعِدّ (سبب مُہَیّی) مرض درنی کی موروثی استعداد ہوتی ہے، یا قوتِ حیوانیہ (قوتِ حیات) کی کمی جو کہ تازہ ہوا، اور اچھی غذا کے نہ ملنے سے لاحق ہوتی ہے۔ غدد جاذبہ کا التہاب مزمن سادہ عموماً زمین کو کاشت کے لئے تیار کرتا ہے، یعنی یہی التہاب حاد چند روز میں التہاب مزمن کی صورت اختیار کرلیتا ہے۔ عصوی نامی جراثیم

[1] پایوجے نک مائی کرو آرگے نزمز +	[3] کرانک ٹیوبرکولس اڈی نائی ٹس +
[2] ٹیوبرکولس	[4] بیری ڈس پینڈنگ کاز + [5] بیسی لائی +

کسی جلدی خراش کی راہ، یا ناتندرست لوز تین[1] یا لوزاتِ[2] حلقیہ کے ذریعہ اندر داخل ہو کر خون یا مائیت (رطوبت عروق جاذبہ) میں پہونچ جاتے ہیں، پھر انکے ذریعہ گلٹیوں تک جا پہونچتے ہیں۔ اس حالت میں زیادہ تر غدد عنقیہ[3] شعبیہ[4]، اور ماساریقیہ[5] (بطنیہ) مبتلا ہوتی ہیں۔ اگرچہ اس میں بدن کی دوسری گلٹیاں بھی مبتلا ہوسکتی ہیں۔ جب ماساریقا کی گلٹیاں اس میں ماؤف ہوتی ہیں، تو اس حالت کو سِل ماساریقی (سل بطنی) کہا جاتا ہے۔

ماہیت مرضیہ:- ابتداءً گلٹیاں سادہ طور پر بڑھی ہوئی اور سخت ہوتی ہیں، اس کے اندر اور ان (گرہیں) ننگی آنکھ سے نظر نہیں آتے۔ لیکن خردبین سے صاف معلوم ہوتے ہیں۔ کم و بیش عرصہ کے بعد ان میں استحالہ[6] جبنی لاحق ہو جاتا ہے، یعنی ان کے اندر پنیر جیسا مادہ بن جاتا ہے۔ اس کے بعد دو صورتوں میں کوئی ایک لاحق ہوتی ہے، یا یہ جبنی مادہ متحجر (متکلس[7]) ہو جاتا ہے، اور یا اس میں تقیح[8] کی صورت نمودار ہوتی ہے۔ یہی اخیر صورت زیادہ ہوا کرتی ہے۔ غدد درنیہ کے تقیح سے مراد یہ ہے کہ ان گلٹیوں کی نسیج درنی (سلی ساخت) شیرہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے (تحلّل[9]) پھر کم و بیش مدت کے بعد جراثیم

[1] ٹانسلز +	[6] ٹیوبر سنٹریکا +
[2] ایڈی نائڈز +	[7] کیسی ایشن +
[3] سروائیکل گلینڈز +	[8] کیلسی فی کیشن +
[4] برانکیل گلینڈز +	[9] املسی فی کیشن +
[5] مسنٹرک گلینڈز +	

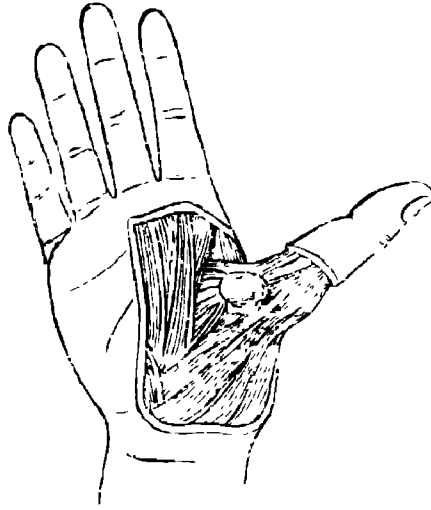
تصویر (۴۴)

ردن کے غدد درنیہ کے استیصال کیلئے مختلف شگاف

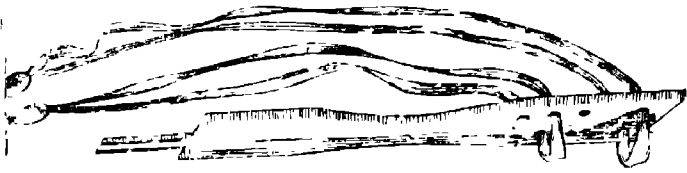
الف اور ب دونوں مثلثوں کی گلٹیوں کے اخراج کے لئے +

(ج) اقلیم تحت الفک اور اقلیم سباقی اعلیٰ کی گلٹیوں کے اخراج کیلئے +

(د) عصب نخاعی اضافی +

(ہ) عضلہ قصبیہ حلمیہ کے کاٹنے کی جگہ +

(و) پچھلے مثلث کے زیرین حصے کی گلٹیوں کے اخراج کے لئے +

تصویر (۱۳۰)

انگوٹھے کا خلع ، جس میں عظم مشطی کا سر عضلہ قابضہ قصیرہ کے دونوں سروں کے درمیان ، سطح کی طرف ابھر آیا ہے .

تصویر (۱۳۱)

انگلیوں کے خلع کی صورت میں ان کے پکڑنے اور کھینچنے کا آلہ .

پہنچ جاتے ہیں۔ ابتدائً پیپ گلٹی کے غلاف کے اندر بند رہتی ہے لیکن اس کے بعد متعدد گلٹیاں باہم ملکر ایک بڑا جوف (غار) بنا لیتی ہیں۔ پھر التہاب محیط غدہ کی وجہ سے متورم گلٹیاں متصلہ ساختوں کے ساتھ جڑ جاتی ہیں۔ پھر پھوڑے کا مُنہ بیرونی سطح پر آکر کھل جاتا ہے، جس کا باریک سا ایک دہانہ یا متعدد دہانے ہوتے ہیں۔ اسکے کنارے باریک ہوتے ہیں، اور اندر کی طرف دبے ہوئے، گویا جلد کے نیچے کی ساخت کاٹ دی گئی ہے۔ اس سے مدت دراز تک پیپ بہتی رہتی ہے۔ اگر یہ پھوڑا ملتئم ہوجاتا ہے، تو سکڑا ہوا، اسفنجی، نرم نشان چھوڑ دیا جاتا ہے +

علاج :- (الف) جبکہ التہاب محیط غدہ موجود نہو: عمومی صحت کو ترقی دیجائے، اس مقصد کے لئے تازہ ہوا، اور دھوپ سے امداد لی جائے، مرکبات سم الفار، روغن ماہی (دہن الحوت) مرکبات فولاد اور نہایت اچھی غذائیں دی جائیں۔ درنین رٹیوبرکولین، کی پچکاریاں اگرچہ دیجاتی ہیں، لیکن جیسی امید کیجاتی تھی، ویسے نتائج برآمد نہیں ہوئے۔ ماؤف حصے کو سکون بخشا جائے، خراش (تہیج) کے تمام ذرائع کو دور کیا جائے، علی الخصوص اگر لوزتین یا لوزات حلقیہ (انفیہ حلقیہ) عفونی ہوں تو انکا استیصال کیا جائے۔ مقامی چیزوں کا استعمال نہ کیا جائے اس علاج کے دوران میں اگر مرض ترقی پذیر ہونے لگے، تو بہتر یہ ہے کہ گلٹیوں کو خارج کر دیا جائے +

سلے پایوجنک مائکرو آرگے نزم +	سلے ٹانسلز +
سلے پیری اڈینی ٹس +	سلے اڈینائڈز +
سلے کاڈ لیور آئل +	

(ب) جبکہ التہاب محیط غدہ موجود ہو۔ ایسی صورت میں زیادہ تر تقیح پیدا ہوجاتا ہے، اسلئے ایسی حالت میں بہتر یہ ہے کہ ماؤف گلٹیوں کو پوری لڑی کو، اور اسکے ساتھ متصل چربی کو، عمل تشریح سے صاف کرکے فوراً خارج کردیا جائے۔ گردن میں، اگر وداج غائر گلٹیوں کے ساتھ زیادہ چسپاں ہو، تو اسکو باندھ کر اور چسپیدہ مقام کو کاٹ کر خارج کردیا جائے +

(ج) جہاں پھوڑا موجود ہو، اور وہ ابھی کھلا ہوا نہ ہو، ایسی صورت میں گلٹی کو کاٹ کر خارج کیا جاسکتا ہے، بشرطیکہ پھوڑا چھوٹا ہو، لیکن اگر پھوڑا بڑا ہو، تو بہتر یہ ہے کہ اسکی پیپ عمل امتصاص[۱] سے خارج کی جائے، اور پھر ایک یا دو ہفتہ میں پورے غدودی رقبہ کو تشریح کے ذریعہ خارج کردیا جائے +

(د) جبکہ ناصور موجود ہو، جو غالباً عفونی ہوا کرتا ہے، اسلئے بہتر یہ ہے کہ درنی غدد کو نکالنے سے پہلے پورے طور پر ناصور کو چھیل دیا جائے (کھرچ دیا جائے) یہانتک کہ التحام حاصل ہوجائے اگر اس سے پہلے گلٹیوں کو خارج کیا جائیگا، تو ممکن ہے کہ نتیجۃً ایک بڑے زخم کا عدوائے عفونی لاحق ہوجائے +

غدد جاذبہ کے سلعات

غدد جاذبہ کے سلعات اولیہ (ابتدائی رسولیاں) دو قسم کے ہیں سلعہ[۲] مائیہ غدیہ۔ سلعہ لحمیہ[۳] مائیہ +

---

[۱] اسپائی ریشن + [۲] لمفےڈینوما + [۳] لمفوسارکوما +

سلعہ مائیہ غدیہ زیادہ تر غدد جاذبہ میں، اور بعض اوقات احشار میں لاحق ہوتا ہے۔ اسکے عوارض، کیا بلحاظ تشخیص اور کیا بلحاظ ماہیت بہت مختلف ہوتے ہیں۔ غالباً اس مرض کا سبب ابتدائی عفونت ہوتا ہے۔ اس مرض کی مزمن قسم میں عموماً پہلے گردن کی گلٹیاں بڑھتی ہیں، یہ سخت ہوتی ہیں، ایک دوسرے سے الگ الگ رہتی ہیں، اور پھوٹتی نہیں ہیں، یعنی نہ ان میں استحالۂ جبنی ہوتا ہے اور نہ پیپ پڑتی ہے۔ یہ گاہے خود بخود علاج کے بغیر غائب ہو جاتی ہیں، اور پھر عموماً ایک سے چار سال کے عرصہ میں یہ مکرر نمودار ہو جاتی ہیں۔ دوسری گلٹیوں کو شریک مرض کر لیتی ہیں، اور احشاء تک مرض پھیل جاتا ہے۔ اب واضح طور پر ثانوی سوء القنیہ (فقر الدم) ظاہر ہوتا ہے۔ موت قوت کے ختم ہو جانے سے یا دوسرے امراض کے لاحق ہونے سے واقع ہوتی ہے +

خرد بین کے نیچے دیکھنے پر ثابت ہوتا ہے کہ گلٹیوں کے اندر دعامۂ (اُمّ النسیج) بھی بڑھا ہوا ہے، اور کریات مائیہ (لمفاویہ) بھی، لیکن اسکے علاوہ ان کے اندر سلعہ مائیہ کے بڑے خلیات بھی پائے جاتے ہیں، اور اُن خلیات کی کثرت ہو جاتی ہے جو زیرین (ایوسین) کے رنگ کو قبول کر لیتے ہیں +

اس مرض کی قسم حاد میں گلٹیاں اتنی زیادہ بڑی نہیں ہوتیں اسمیں بعض اوقات نمایاں طور پر حرارت بڑھی ہوئی ہوتی ہے، گاہے

سلہ کیسی ایشن +	سکہ لمفوسائٹز +
سکہ اینیا +	شہ لمفے ڈینوماسیلز +
سکہ اسٹروما +	ستہ ایوسین ایک گلابی رنگ کا رنگ ہے +

سیلان خون (نزف) واقع ہو جاتا ہے۔ گاہے پھیپھڑے، غشا رالر
طحال، جگر، وغیرہ مبتلا مرض ہو جاتے ہیں، اور شدید فقرالدم لاحق ہو
علاج:۔ سم الفار بڑی مقدار میں، یا سم الفار کے عضوئیٰ مرکبات میں
کوئی ایک دیا جائے: ممکن ہے کہ اس سے اچھے نتیجے برآمد ہوں علی الخصوص
اس مرض کی قسم مُزمن میں۔ شعاع رانجن (عکس ریز) سے اکثر اوقات اچ
نتائج دیکھے گئے ہیں۔ مستقل اور پائدار صحت عموماً حاصل نہیں ہوا کرتی
ہے۔

سلعہ لحمیہ مائیہ زیادہ تر نوزائیدہ میں دیکھا جاتا ہے، اور بعض
اوقات حجاب منصف للصدر میں۔ اس میں ابتداءً ایک سخت، تیز
سے بڑھنے والی، درد سے خالی رسولی بنتی ہے، جو جلد ہی آس پاس
ساختوں کو گھیر لیتی ہے، چنانچہ قریب ترین گلٹیوں میں ثانوی رسولیاں
پیدا ہو جاتی ہیں۔ ابتداءً اسکے اوپر کی جلد کی ساخت، اور رنگت تبدیل
نہیں ہوتی ہے، لیکن اسکے بعد اس میں اجتماع خون ہوتا ہے، یہ چکن
ہو جاتی ہے، اور اس کے اندر پھولی ہوئی وریدوں کا جال ہوتا ہے
پھر آخر میں رسولی اس کو کھا جاتی ہے، اور یہ متقرح ہو جاتی ہے۔ یہ تقرح
اس قسم کا ہوتا ہے کہ اس سے ایک فطرئی شکل کی بلندی ظاہر ہوتی
ہے۔ جس سے خون بکثرت بہتا ہے۔ اخیر میں یہ رسولی پھیلکر احشا تک چلی جاتی
علاج:۔ جہاں ممکن ہو، ابتدائی اور ثانوی رسولیوں کو چیر کر
خارج کر دیا جائے۔ جب التصاقات سخت ہوتے ہیں، تو

---

۵۱ آرگےنک پریپریشنز
۵۲ لمفوسارکوما
۵۳ فطر۔ فنگس

عمل محال ہوتا ہے +

غدد جاذبہ کے سلعات ثانویہ عموماً سلعات سرطانیہ

کے قبیل سے ہوا کرتے ہیں۔ سلعات لحمیہ میں گلٹیاں کم مبتلا ہوا کرتی ہیں۔ ہاں اس حکم سے مندرجۂ ذیل حالات مستثنٰی ہیں: سلعۂ لحمیہ سوداویہ، سلعہ لحمیہ مائیہ، لوزہ، خصیہ اور غدۂ درقیہ کا سلعہ لحمیہ +

سلہ کارسی نومیٹا +

سلہ سارکومیٹا +

سلہ میلے ناٹک سارکوما +

سلہ لمفوسارکوما +

سلہ ٹانسل +

سلہ تھائرائڈ گلینڈ +

باب دہم

امراض اعصاب

(۱) آفات[1] اعصاب یا رَضِّ اعصاب[2] (کچل جانا) ضرب لگتے ہی مقام ماؤف میں اور مضروب عصب کے اختتام تک جھنجناہٹ کی شکایت ہوتی ہے، جو چند دقیقہ یا چند گھنٹے کے بعد غائب ہو جاتی ہے اگر ضرب اس قدر شدید ہو، کہ اعصاب کے الیاف میں جریان خون ہونے لگے، تو پٹھے مفلوج ہو جاتے ہیں اور اعصاب میں التہاب کے پیدا ہونے سے اس عضو میں عصبی[3] درد ہونے لگتا ہے +

علاج :- مختلف اقسام کے مروخات منبہہ[4] کی ہلکی مالش کی جائے۔

(۲) **امتغاط**[5] (اعصاب کا کھنچ جانا) دفعتہً بے قاعدہ زور کی حرکت کرنے کی وجہ سے اعصاب کھچ جاتے ہیں، اور ان میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے، یہ حالت بالعموم ضفیرہ عضدیہ[6] میں ہوتی ہے +

(۳) **اعصاب کا دب جانا** (ضغط[7])، رسولیاں۔ انورسما، مختلف امراض اور ان کے نتائج اعصاب پر دباؤ ڈالنے کی وجہ سے

---

[1] انجریز آف نروز +
[2] کن ٹیوژن +
[3] نیورلجیا +
[4] اسٹی مولے ٹنگ لینی منٹ +
[5] امتغاط (اسٹریچن) کھنچ جانا +
[6] بریکیل پلکسس +
[7] کمپرےشن +

مختلف اقسام کے امراض پیدا کرتے ہیں، مثلاً بیساکھی کے استعمال سی ضفیرۂ عضدیہ پر دباؤ پڑتا ہے، گاہے ٹوٹی ہوئی ہڈی کا دشبذ[1] یا زخم کا مُندبہ اعصاب کو دباتا ہے، اگر دباؤ خفیف ہو، تو اُس جگہ خدر ہوجاتا ہے، اور وہ جگہ کمزور معلوم ہوتی ہے، اور وہاں چیونٹی رینگتی ہوئی تخیل[2] محسوس ہوتی ہی، اگر دباؤ زیادہ ہو، توحس وحرکت جاتی رہتی ہی، اور عضلات لاغر پڑجاتے ہیں

علاج :- دباؤ کے سبب کو دور کیا جائے بجلی استعمال کیجائے اور عرصہ دراز تک مالش کو جاری رکھا جائے، بسا اوقات حصول شفا میں چند مہینے صرف ہوجاتے ہیں +

تشقق[3] وتمزق[4] عصاب۔ اعصاب کا پھٹ جانا اور چرجانا

اعصاب عموماً صرف ضرب آفات سے پھٹتے ہیں، مثلاً خلع مرکب یا کسر مرکب کی صورت میں، جس سے حس وحرکت زائل ہوجاتی ہے +

علاج کے لئے مالش اور بجلی کا استعمال کیا جائے +

تثقب[5] عصاب (اعصاب کا چھد جانا)

جب اعصاب میں سوراخ ہوجائے، تو نیچے کے مقام پر مختلف قسم کا درد ہوتا ہے، جلن، اور چبھن کی شکایت ہوتی ہے، اور یہ درد مختلف اطراف کا دورہ کرتا ہے، یہانتک کہ تمام عضو کی قوت حس زائل ہوجاتی ہے +

---

[1] کیلس +

[2] ریجیر آف نروز +

[3] لے سی ریشن آف نروز +

[4] پنکچر آف نروز +

قطع کلی اعصاب[۱] ۔ اعصاب کا کٹ جانا

جب عصب بالکل کٹ جاتا ہے، تو اسکے افعال بھی زائل ہوجاتے ہیں۔ حس و حرکت دونوں ایک ہی ساتھ یا علیحدہ علیحدہ غائب ہوجاتی ہیں اور یہ صورت عصب کے ممزوج یا حسّی[۲] یا محرّک[۳] ہونے پر موقوف ہے۔ عضو کی پرورش میں فرق آجاتا ہے، اس عصب کے متعلقہ عضلات لاغر پڑجاتے ہیں، متعلقہ مقام ماؤف سرد ہوجاتا ہے، بہت سی صورتوں میں چھالے پڑجاتے ہیں، جلد کھُردری اور متورم و متقرح ہوجاتی ہے۔

عضلات فوراً مفلوج ہوجاتے ہیں۔ چونکہ دونوں طرف کے عضلات کے فعل میں توازن قائم نہیں رہتا ہے، اسلئے عضو کی شکل خراب ہوجاتی ہے۔ بجلی کا اثر عضلات میں بتدریج غائب ہوتا ہے، حتیٰ کہ بعض اوقات چند ماہ تک اسکا اثر قائم رہتا ہے۔ چنانچہ جب تک بجلی کا اثر قائم رہتا ہے، اُس وقت تک شفار کی امید رہتی ہے، اس کے بعد قطعی نہیں +

کٹے ہوئے دونوں سروں میں طرف قریب پر گانٹھ (بصل) بن جاتی ہے۔ جسکے اندر نسیج خلوی، اور نئے بنے ہوئے عصبی ریشے ہوتے ہیں۔ جو اس امر کو بتاتے ہیں کہ طبیعت عصب کے تجدید (تکوین ثانی) کی کوشش کرتی ہے۔ برعکس اسکے طرف بعید میں فساد و استحالہ نمودار ہوجاتا ہے۔ عصب کا محور اسطوانی فاسد ہوکر غائب ہوجاتا ہے۔

---

[۱] ڈویژن آف نروز +

[۲] سنسری نرو +

[۳] مکسڈ نرو +

[۴] موٹر نرو +

یہ بھی بتایا جاتا ہے کہ بعض اوقات کٹا ہوا عصب جُڑ جاتا ہے اور اسکے دونوں سرے مل جاتے ہیں، جس سے اس عصب کا پورا فعل دوبارہ لوٹ آتا ہے +

علاج:- دونوں سروں کو باریک وتر (تانت) کے ذریعے سی دیا جائے۔ یہ عمل محض بڑے اور اہم اعصاب کے لئے کیا جاسکتا ہے۔ اس کام کے لئے باریک وتر اور باریک سوئی کام میں لانی چاہئے۔ تطہیر کا پورا خیال رکھنا چاہیئے۔ عضو کا وضع قیام ایسا رہے، کہ عصب ڈھیلا رہے +

جب عصب کو کٹے ہوئے ایک مدت گزر جاتی ہے، تو ندبہ کو کاٹکر عصب کے سروں کو (جو موٹے ہو جاتے ہیں) تازہ کرتے ہیں، اور پھر ٹانکے لگا دیتے ہیں۔ گاہے عصب کے دونوں سروں کو ملانے کے لئے ہڈی کا کوئی ٹکڑا کاٹ کر نکالنا پڑتا ہے +

ترقیع العصب[1] (عصبی پیوند)، یہ عمل اگرچہ بعض اوقات کیا جاتا ہے، مگر اس سے پورے طور پر کامیابی نہیں ہوتی ہے۔ یہ عمل اُس حالت میں کیا جاتا ہے، جبکہ عصب کا کوئی حصہ کم ہوتا ہے، اور اسے پیوند کے ذریعہ پورا کرنے کا خیال ہوتا ہے + تازہ قتل کئے ہوئے جانور سے عصب کا ٹکڑا اسی شکل کا لیکر ٹانکوں کے ذریعہ سی دیتے ہیں +

تفمیمُ العصب[2] (ایک پٹھے کا دوسرے پٹھے سے مُنہ ملا دینا) یہ عمل لقوہ کے بعض حالات میں کیا جاتا ہے۔ چنانچہ عصب الوجہ کے طرف بعید کو عصب تحت اللسان کے ساتھ سی دیا جاتا ہے۔ کہا جاتا ہے

[1] نروگرافٹنگ +	[2] اناسٹوموسس +

کہا جاتا ہے کہ بعض حالات میں قوت حرکت لوٹ آتی ہے۔

انتباہ:۔ استرخا اور فالج کی حالت میں اطراف (ہاتھ پاؤں) کی مالش اور ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کی تحریک ضروری ہے، تاکہ یہ اکڑ نہ جائیں۔ عضلات پر بجلی پہونچائیں، علی الخصوص حمام برقی کی شکل میں۔ جن اجزا سے حس زائل ہو چکی ہو، ان کو دباؤ سے بچایا جائے گا ہے اعصاب کی جراحت کے ساتھ التہاب عفونی منتشر پیدا ہو جاتا ہے۔ جس سے آفت اور بھی زیادہ ہوتی ہے۔

التہاب[1] عصبی

التہاب عصبی کی دو قسمیں ہیں، حاد اور مزمن۔

اعصاب کا التہاب حاد بہت کم مشاہدہ میں آتا ہے، اور یہ اصابت (آفت)، یا النقرس، یا وجع مفاصل کی وجہ سے ہوا کرتا ہے اور گا ہے اسکا سبب جروح ملوثہ (عفونیہ) ہوتے ہیں۔ اس مرض میں گا ہے عصب پھولا ہوا اور دردناک محسوس ہوتا ہے۔ خردبین سے دیکھنے پر غمد عصبی کے اندر التہاب کی عام علامتیں پائی جاتی ہیں۔

علاج:۔ راحت پہونچانا، جونک لگانا، خط عصبی پر خشک حجامت کرنا اور رلقاح کے کمادات لگانا، اور دیگر عام مناسب ذرائع کا اختیار کرنا۔

التہاب عصبی مزمن:۔ **اسباب**:۔ **مقامی اسباب**، کوئی ضرب و آفت، کسی جسم غریب کا پایا جانا، دباؤ، اور التہاب کا پھیلکر عصب تک پہونچ جانا۔

---

[1] نیورائٹس۔

عمومی اسباب:۔ سمیت شراب، مرض آتشک، نقرس، ذیابیطس، اور انف العنزہ +

ماہیت مرضیہ: اعصاب کی نسیج خلوی جو عصب کے گرد اور ان کے ریشوں کے درمیان ہوتی ہے، وہ بڑھ جاتی ہے، پھر یہ سکڑ کر عصبی ریشوں کے ہزال اور استحالہ (فساد ترکیب) کا باعث بن جاتی ہے +

علامات:۔ پہلے کم و بیش شدت کا عصبی درد پایا جاتا ہے۔ جسکے ساتھ جلد کی حس غیر معمولی طور پر ذکی ہو جاتی ہے۔ اور اس کے اندر اہتزازی درد[1] ہوتا ہے۔ اسکے بعد خدر (بے حسی) لاحق ہو جاتی ہے بعض اوقات غذائی آفتیں نمودار ہوتی ہیں، مثلاً قرحہ تا تبہ[2] اور انگلیونکی اخیر پوروں کا متحجر ہو جانا۔ اگر عصب محرک یا ممزوج ہوتا ہے، تو حرکت کی قوت بھی کمزور ہو جاتی ہے +

علاج:۔ ابتدائی درجات میں ایسی دوائیں استعمال کریں جو بدن سے مرضی استعداد کو کم کریں، اگر ممکن ہو، سبب کو دور کریں، بدنی صحت کو قوی کریں۔ قلویہ بنفش آمیز (آیوڈائڈ آف پوٹے شیم) پارہ کے ساتھ یا تنہا استعمال کرائیں۔ مقامی طور پر امالہ مواد کے لئے نفاطہ (حراقہ۔آبلہ) پیدا کیا جائے، اسکے بعد مالش کی جائے۔ اگر عضلات مفلوج ہوں تو ان میں تنبیہ و تحریک پیدا کرنے کے لئے بجلی کی رو پہونچائی جائے، یا حمام کہربائی استعمال کیا جائے۔ شدت درد کو رفع کرنے کے نفقین (اسپرین) یا دوسری مسکن درد دوائیں کھلائیں؛ یا

[1] درد اہتزازی (ٹنگلنگ پین) +

[2] پرفورے ٹنگ السر +

جوہر افیون یا جوہر بیروح (اٹروپین) کی پچکاری (زیر جلد) کریں، اگر یہ وسائل مفید ثابت نہ ہوں، تو وخز ابری استعمال کریں، اور سوئیوں کو عصب کے اندر چند دقیقے تک چھوڑ دیں۔ گاہے عصب کے سرے کو کاٹ دیتے ہیں، گاہے متورم ٹکڑے کو کاٹ کر نکال دیتے ہیں، گاہے تمدید اعصاب (پٹھوں کو کھینچنا) کا عمل کرتے ہیں +

سلعۂ عصبیہ۔ عصبی رسولی

اسکا مفصل بیان سلعات کے باب میں ہو چکا ہے +

وجع عصبی[۱] (عصبی درد)

عصبی درد ایک ایسی حالت ہے، جسکا تعلق جس طرح جراح (جراحی) سے ہے، اسی طرح طبیب (طبابتی) سے بھی ہے۔ یہ بہت ہی کثیر الوقوع مرض ہے، گاہے انسان کے لئے یہ بدترین مصیبت بن جاتا ہے۔ اسکی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں عصب کی رفتار پر چبھتا ہوا درد (وجع ناخزہ[۲]۔ وجع طعنی) ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ عصب میں کوئی مرضی تغیر نہیں پایا جاتا۔ برعکس اسکے التہاب عصبی میں اس قسم کے تغیرات ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ اسکے حملے نوبت (باری) کے ساتھ ہوا کرتے ہیں، جو چند دقائق سے چند گھنٹے تک قائم رہتے ہیں۔ پھر یہ حملے کم و بیش وقفہ کے بعد لوٹتے ہیں، گاہے ایک گھنٹے میں کئی بار، اور گاہے ایک دن میں کئی بار +

[۱] نیورلجیا +

[۲] اسٹے بنگ پین +

اسباب:- اسباب معدّہ:- فقر الدم اور ضعف قوتِ حیات۔ اسی طرح مزاج اضنانی بھی اسکے اسباب معدہ میں سے ہے +

اسباب محرکہ:- عصب کے قرب وجوار میں التہاب یا اجسام غریبہ کا ہونا، اعصاب پر دباؤ پڑنا، یا حرام مغز یا دماغ میں کسی مرض کا ہونا۔ اسی طرح بعض امراض مثلاً حمی اجامیہ (موسمی بخار) نزلۂ وبائیہ (انفلوئنزہ)، دیدان امعا وغیرہ۔ گاہے سیسے اور پارے کی سمیت بھی اس کا سبب محرک بن جاتی ہے۔ علی ہذا بوسیدہ دانت بھی اس کا ایک عام سبب ہے۔ انہیں اسباب محرکہ میں نقرس گنٹھیا اور آتشک بھی قابل ذکر ہیں +

علاج:- بدنی صحت کو ترقی دیجائے اور امالۂ مواد کے وسائل اختیار کئے جائیں، مثلاً مقامی منفطات جلد پر لگائے جائیں۔ اسی طرح مسکنات کا استعمال کرنا بھی مفید ہے۔ رفع درد کے لئے جوہر افیون (مارفین) دیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات ضد حرین (این ٹی پائرین) خلین جاوی (فناسٹین) سے اچھے فوائد حاصل ہوتے ہیں۔ اسی طرح جس مرض کی سرگذشت ملے، اسکا مناسب علاج کیا جائے۔ اگر یہ طبی علاج

۵۱ بری ڈسپوزنگ کازز +	۵۶ کاونٹر اری ٹیشن +
۵۲ انیمیا +	۵۷ بلسٹر +
۵۳ ہسٹیرک ٹیری منٹ +	۵۸ سی ڈیٹوز
۵۴ اکسائی ٹنگ کازز +	۵۹ ہسٹری +
۵۵ فارن باڈیز +	۶۰ میڈیکل ٹریٹ منٹ +

ناکام رہے تو جراحی[1] علاج کی طرف توجہ کی جائے، مثلاً قطع العصب[2] کا عمل یا استیصال[3] جزئی کا عمل +

قطع العصب کے عمل میں عصب کو مقامِ درد سے اوپر دو حصوں میں منقسم کر دیا جاتا ہے، لیکن چونکہ اس عمل کے بعد عصب بہت جلد مندمل ہو جاتا ہے، اسلئے اسکا فائدہ محض وقتی ہے، اسی وجہ سے اب اس عمل کو ترک کر دیا گیا ہے۔ اس سے بہتر استیصال جزئی کا عمل ہے، جس میں عصب کا ایک ٹکڑا کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے۔ بہت سے حالات میں درد کا سبب عصب کے مرکز میں ہوتا ہے، اسلئے بعض اوقات عصبی گرہوں کو، مثلاً عقدۂ ہلالیہ[4] کو قطعی طور پر خارج کر دیا جاتا ہے۔ اور نخاعی اعصاب کی صورت میں عصب کی پچھلی جڑ اور اسکے عقدہ کو دور کر دیا جاتا ہے۔ تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ الکحول (۸۰ فیصدی) کا عصب کے اندر یا اسکی گرہ کے اندر پچکاری کرنا ایک مفید علاج ہے۔ اگر اعصاب ممزوجہ[5] ہیں، جن میں حس و حرکت دونوں ہوتی ہے، تو اسوقت تمدید عصب[6] کا عمل کیا جائے، جس میں پٹھے کو عریاں کر کے کھینچا جاتا ہے۔ اس عمل کا فائدہ یہ ہے کہ اس عمل کی وجہ سے چند روز تک عصب کا فعل کُلاً یا جزءً بند ہو جاتا ہے، پھر کچھ عرصہ کے بعد اسکا فعل لوٹ آتا ہے +

---

[1] سرجیکل ٹریٹ منٹ +
[2] نیورو ٹومی +
[3] نیور کٹومی +
[4] گیسیرین گنگلین +
[5] مکسڈ نروز +
[6] اسٹریچنگ آف نروز +

مخصوص اعصاب کے آفات

اعصاب دماغیہ:- عصبۂ شامہ :- عظم مصفات[1] کے طبقۂ غربالیہ[2] کے کسر میں یہ عصب ماؤن ہو سکتا ہے، جس سے سونگھنے کی قوت زائل ہو جاتی ہے (خشم) +

عصبۂ باصرہ[3] :- کھوپڑی کے تلے (قاعدہ قحف[4]) کے کسر سے پھٹ سکتا ہے، جس سے بینائی کی قوت دور ہو جاتی ہے. گاہے یہ عصب جریان خون، ترشح مواد، اورام صمغیہ[5]، انیورسمات، یا سلعات کی وجہ سے دب جاتا ہے، جس سے ابتداءً اس عصب میں التہاب لاحق ہوتا ہے، اور اسکے بعد فقدان بصر، بشرطیکہ دباؤ کا سبب اب تک قائم رہے +

تیسرا عصب (محرک عین[6]) اورام صمغیہ، سلعات، انیورسمات اور کسر وغیرہ کی وجہ سے مجروح ہو سکتا ہے. اسکے مجروح ہونے سے اسکے تمام متعلقہ عضلات مفلوج ہو جاتے ہیں؛ استرخاء الجفن[7] (پپوٹے کا ڈھیلا ہو جانا) حول وحشی، پتلی کا پھیل جانا (انتشار ثقبہ عنبیہ) لاحق ہوتا ہے، تحکیم بصر (نگاہ جمانے) کی قوت جاتی رہتی ہے +

چونکہ زیادہ تر اس عصب کا استرخاء مرض آتشک کی وجہ سے ہوا

[1] انفلٹوری نرو +	[5] سکل بیس +
[2] اتھائڈبون +	[6] گمیٹا +
[3] کری بری فارم پلیٹ +	[7] بلاٹنڈنس +
[4] آپٹک نرو +	[8] موٹر اکولائی +
	[9] ٹوسس +
	[10] اسٹرنل اسکوئنٹ +

کرتا ہے، سوائے اُسکے جبکا سبب ضرب وجراحت ہوا اسلئے اسکا علاج قلویہ سنفش آمیز(آیوڈائڈ آف پوٹاسیم) اور پارہ سے کیا جاتا ہے +

چوتھا عصب (عصب بکرئی) چونکہ عضلۂ مورّبہ عُلیا کی پرورش کرتا ہے، اسلئے اسکے استرخا سے کرۂ چشم کی حرکت نیچے اور باہر کی طرف دُشوار ہو جاتی ہے +

پانچواں عصب (ثلاثی وجہی): گاہے یہ عصب سر کی آنتوں کی وجہ سے پھٹ جاتا ہے، جس سے قوت حسیہ جاتی رہتی ہے، اور قرنیہ میں عموماً قرحہ پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ حالت نادر الوقوع ہے۔ جو مرض اس میں کثیر الوقوع ہے، وہ اس پٹھے کا "وجع عصبی" ہے، جسکو عصابہ بھی کہا جاتا ہے۔ اس میں شدید درد کے حملے باری سے ہوا کرتے ہیں۔ یہ مرض عموماً اس عصب کی شاخ، عصب تحت المحجر، یا عصب سنی اسفل، سے شروع ہوتا ہے، پھر تمام شاخوں میں پھیل جاتا ہے۔ چہرہ میں ایک طرف پسینہ اور اجتماع خون ہوتا ہے، آنسو اور لعاب بہتے ہیں اور ناک سے رطوبت مخاطیہ جاری ہوتی ہے۔ جب دوروں کی کثرت ہوتی ہے، تو مریض کی حالت بہت نازک ہو جاتی ہے، لاغر ہو جاتا ہے گویا وہ قریب موت ہے۔

اسباب:- اسکے اسباب نامعلوم ہیں، ہاں بعض حالات

لہ پے تھے ٹک نرو +	۵ہ ٹک ڈولورد +
٢ہ سو پیریر آبلیک مسل +	٦ہ انفرا آربی ٹل نرو +
۳ہ ٹرائی جے مے نل نرو +	۷ہ ڈینٹل نرو +
۴ہ ٹرائی جے می نل نیورلجیا +	

میں عقدۂ ہلالیہ کے اندر سلعات بشریہ[۵۱] باطنہ پائے گئے ہیں، لیکن زیادہ تر
کوئی غیر طبعی چیز (نہ عقدہ میں، اور نہ اسکی شاخوں میں) نہیں ملا کرتی ہے
بعض کا خیال ہے کہ بوسیدہ دانت، عصب کی جڑ یا اسکے تنہ کا دبنا
یا عقدۂ مذکور کے اندر تغیرات کا واقع ہونا اس مرض کے اسباب ہیں +
علاج:- عمومی صحت کی اصلاح کی جائے کوئی بوسیدہ دانت
ہو تو اُسے اکھیڑ دیا جائے۔ اسی طرح اگر مرض آتشک، نقرس، یا بالہ
(حمی اجامیہ[۵۲]) وغیرہ ہوں، تو ان امراض کیطرف توجہ کی جائے۔ تسکین درد
کے لئے ادویہ مسکنہ، علی الخصوص جو ہرا فیون (جو اسکے لئے ایک بہترین
دوا ہے) کا استعمال کیا جائے۔ اگر اس سے ناکامی رہے، تو اس عصب
کی دوسری اور تیسری شاخ کے اندر، اُس مقام پر جہاں یہ سوراخوں سے
باہر آتے ہیں، الکحول (۸۰ فیصدی) بذریعہ پچکاری پہونچایا جائے۔ اس سے
ایک سال یا زیادہ عرصہ کے لئے آرام حاصل ہو جاتا ہے۔ اسے بار بار
بھی دیا جا سکتا ہے۔ عمل قطع العصب[۵۳] یا استیصال جزئی سے اگر آرام
حاصل ہوتا ہے، تو محض عارضی طور پر، اسلئے اسکا درجہ علاج الکحول سے
پست تر ہے۔ اگر علاج الکحولی ناکام ثابت ہو، یا درد کے دورے بار بار
تیزی سے عود کریں، تو بہترین علاج یہ ہے کہ عقدۂ وتدیہ حنکیہ[۵۴] کی حسی
جڑ کو کاٹ دیا جائے۔ اس عمل سے پانچویں عصب کے افعال حرکیہ
بچے رہتے ہیں، اور صحت دائمی حاصل ہو جاتی ہے۔ یہ بھی ضروری ہے

۵۱ انڈوتھیلی اوما +	۵۴ نیور کٹومی +
۵۲ ملیریا +	۵۵ اسفینو پیلیٹائن گنگلین (میکلس گنگلین) +
۵۳ نیورولجی +	

کہ اس عمل کے بعد قرنیہ کی حفاظت کی جائے، تاکہ اسکے اندر فساد تغذیہ کی وجہ سے قرحہ نہ پیدا ہو جائے۔ اس مقصد کے لئے عملیت کے بعد پپوٹوں کو ایک دو ہفتہ کے لئے سی دیا جائے۔ اس کے بعد چند ماہ تک واقی العین[1] (آنکھ کا محافظ چشمہ) کا استعمال رکھا جائے۔ عقدۂ ہلالیہ[2] کا استیصال بینا بھی اسی طرح ایک کامیاب علاج ہے۔

چھٹا عصب بسبب مقلہ ضرب و آفت کی وجہ سے پھٹ سکتا ہے، جس سے عضلہ مستقیمہ[3] وحشیہ بیکار ہو جاتا ہے، اور حول[4] انسی لاحق ہوتا ہے۔

ساتواں عصب (عصب[5] وجہی) مندرجہ ذیل اسباب سے مفلوج ہو سکتا ہے:

(۱) **آفات مرکزیہ** (کھوپڑی کے اندر کی آفات) جب آفات قشرہ دماغ میں ہوتی ہیں، تو چہرہ کے دوسرے جانب استرخا رجز لی ہوتا ہے۔ جب آفات دماغ کے جوہر قشری کے نیچے ہوتی ہیں، یا تاج شعاعی[6] (تاج متشعع) میں، یا جسم[7] مخطط میں، تو چہرہ اور جسم کے دوسرے جانب میں استرخا ظاہر ہوتا ہے، اور چہرہ کا محض زیریں نصف مسترخی ہوتا ہے۔ اور پپوٹوں کی حرکات مزدوجہ[8] (مشترکہ) قائم رہتی ہیں

[1] شیلڈ۔
[2] گیسرین گنگلیون۔
[3] ایکسٹرنل ریکٹس۔
[4] انٹرنل سکوئنٹ۔
[5] فیشیل نرو۔
[6] کارونا ریڈی ایٹا (تاج شعاعی) مقدم دماغ کے اندر ریشوں کا وہ شعاعی تاج ہے، جسکے ریشے سریر بصری کے قریب سے شروع ہو کر مقدم دماغ کے تمام جہات میں پھیلتے ہیں
[7] کارپس اسٹرائی ایٹم۔
[8] ایسوسی ایٹڈ موومنٹ۔

لیکن جب آفت اوسط[1] دماغ میں ہوتی ہے، تو گاہے چہرہ کے گہرے مراکز ماؤف ہو جاتے ہیں، اور چہرہ کے اسی جانب کے عضلات مسترخی ہو جاتے ہیں، جن میں تیزی کے ساتھ ضمور (لاغری) لاحق ہوتا ہے، اسکے ساتھ جسم کے دوسرے جانب میں فالج ہوتا ہے (فالج اتصالیؔ[2])

جب ان مراکز کے اور صماخ باطن[3] کے درمیان اس پٹھے کی جڑ ماؤف ہو جاتی ہے، تو چہرہ کے اسی جانب میں (پورے نصف میں) استرخاء اور اس کے ساتھ بہراپن (صمم) بھی ہوتا ہے +

(۲) **آفات محقفیہ** (کھوپڑی کی ہڈی کی آفات): اس گروہ میں دو عام اسباب ہیں (الف) قاعدہ قحف کا ٹوٹ جانا، جس میں عظم حجری شریک ہو۔ اس سے عصب الوجہ کا استرخاء گاہے اسی وقت اس وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے کہ عصب اس آفت سے چیٹ جاتا ہے (یہ نادر الوقوع ہے) اور گاہے دو تین ہفتہ کے بعد اس وجہ سے ہوتا ہے کہ دست بستہ یا جلیطہ کے اندر عصب آجاتا ہے (یہ کثیر الوقوع ہے)

(ب) سیلان الاذن مزمن۔ اس قسم میں استرخاء اس وجہ سے پیدا ہوتا ہے کہ مجرائے مفلوج[4] کے اندر عصب دب جاتا ہے، یا اس میں التہاب ہو جاتا ہے۔ ان دونوں قسموں میں استرخاء چہرہ کے پورے نصف حصے میں ہوتا ہے (نہ کہ محض ایک جانب کے زیرین حصے میں)۔ گاہے نرم تالو کے ایک حصے میں استرخاء ہو جاتا ہے،

---

[1] پانز +
[2] کراسڈ ہیراپلے جیا
[3] انٹرنل ایڈیٹری میٹس +
[4] کرانک اوٹوریا +
[5] مجرائے متموج۔ اکوئی ڈکٹس فلو پیائی +

جس سے کو الہاۃ سلیم جانب لوٹ جاتا ہے۔

(۳) آفات خارج قحف (کھوپڑی سے باہر کی آفتیں): ضرب وجراحت کا لاحق ہونا، تعرض للبرد (سردی لگنا) کسی رسولی، مثلاً غدۂ اصل الاذن (کنفڑ) کے سلعہ خبیثہ سے دب جانا۔ اس قسم کو استرخاء بل[1]" کہتے ہیں۔ اس میں چہرہ کا پورا ایک جانب مسترخی ہوتا ہے مگر تالو اور لہاۃ اس اثر سے خالی ہوتے ہیں۔

لقوہ[2] کی عام علامتیں یہ ہیں: مفلوج جانب سے حرکت اور تمام طبعی شکنیں دور ہو جاتی ہیں۔ آنکھ کا اچھی طرح بند کرنا ناممکن ہوتا ہے اور جب مریض لقوہ (ملقو) اسکا ارادہ کرتا ہے، تو آنکھ کا ڈھیلا اوپر اور باہر کی طرف چلا جاتا ہے۔ آنکھ کے کھلے رہنے (تعرض) کی وجہ سے بعض اوقات قرنیہ میں زخم اور بعض اوقات تحبید ہو جاتے ہیں۔ زیرین پپوٹے کے ڈھیلے ہو جانے اور لٹک جانے کی وجہ سے نقطہ دمعیہ[3] اور ملتحمہ[4] پورے طور پر ایک دوسرے کے مقابل نہیں رہتے۔ اسلئے آنسو آنکھ سے رخسارے پر بہتے رہتے ہیں (سیلان[5] دموع)۔ اس کیفیت میں کچھ زیادتی اس وجہ سے بھی ہوتی ہے کہ چونکہ وتریعینی[6] اور مشادۃ الجفن[7] دونوں مفلوج ہو جاتے ہیں اس لئے کیس دمعی[8] کی وہ قوت زائل ہو جاتی ہے، جو چوسنے سے مشابہت رکھتی ہے۔ جب چہرے عضلات میں تحریک پیدا کرنے کی کوشش کیجاتی

---

[1] بلس پالسی (بلس پیرالے سس)۔ [2] فیشیل پیرالے سس۔ [3] پنکٹم لیکری مِیلی۔ [4] کنجنکٹائیوا۔ [5] ایپی فورا۔ [6] ٹنڈو آوکیولائی۔ [7] ٹنسر ٹارسائی۔ [8] لیکریمل سیک۔

تصویر (۴۶)

تصویر (۴۵)

دائیں طرف کا لقوہ

دائیں طرف کی تصویر (۴۵) میں مریض آنکھوں کو بند کرنے کی کوشش کر رہا ہے۔ چنانچہ مفلوج جانب کی آنکھ بند نہیں ہو سکی، بلکہ کرۂ چشم اوپر اور باہر کی طرف پھر گیا ہے، اور چہرہ کے دونوں جانب کی بدوضعی اور بھی نمایاں ہو گئی ہے۔ اور بائیں طرف کی تصویر (۴۶) میں مریض کا چہرہ بحالت سکون و راحت دکھلایا گیا ہے۔

ستے ہے، جیسا کہ ہنسی کے وقت یا دانت دکھانے کی صورت میں کیا جاتا ہے
تو محض جانب سلیم کے عضلات سکڑ جاتے ہیں، اور جانب ماؤف کے
عضلات اس طرف کھینچ آتے ہیں، اسلئے دونوں جانبوں میں عظیم الشان
تفاوت (عدم تجانس) پیدا ہوجاتا ہے۔ دونوں ہونٹھ پورے طور پر
بند نہیں ہوسکتے، اسلئے پھونک مارنا، اور اسی قسم کے دوسرے کام
ناممکن ہوجاتے ہیں۔ غذا اور رخسارے اور دانتوں کے درمیان اسوجہ سے
جمع ہوجاتی ہے، کہ عضلہ[1] ضاغطۃ الخد مفلوج ہوجاتا ہے۔ اس لئے
مریض مجبوراً کھانے کے بعد اس غذا کو انگلی ڈالکر یا چمچے سے نکالتا ہے۔

علاج:۔ اگر ممکن ہو، سبب کے ازالہ کی طرف توجہ کریں، اگر اس کا
وہ حصہ اتفاقاً کٹ گیا ہو، جو کھوپڑی کے باہر واقع ہے، تو اسے سی
دیا جائے۔ اگر رسولی سے دباؤ پڑ رہا ہو، تو دستکاری سے دباؤ کو
دور کیا جائے۔ اگر اسکا سبب سردی ہو، تو طبی علاج (مالش اور بجلی)
کریں، جو عموماً مفید ثابت ہوتا ہے۔ اگر یہ لقوہ برابر قائم رہے بالخصوص
جبکہ کوئی آفت دماغ کے اندر ہو، جہاں تک پہونچنا آسان نہیں، تو تفمم
عصب[2] کا عمل کیا جائے۔ یعنی عصب الوجہ کے طرف بعید کو پورے عصب
نخاعی اضافی[3] یا عصب[4] تحت اللسان کے ساتھ، یا ان کے ایک حصے
کے ساتھ جوڑ دیا جائے۔ اس سے بعض حالات میں حوصلہ افزا نتائج
برآمد ہوئے ہیں۔ یعنی چہرہ کی حرکتیں بتدریج لوٹ آتی ہیں، جو گا ہے
مستقل طور پر قائم رہ گئی ہیں۔ علاوہ ازیں اس عمل سے کسی حد تک عضلات

---

[1] بکسی نے ٹر۔ [3] اسپائنل اکسے سوری نرو۔
[2] نرو اناسٹو موسس۔ [4] ہائپو گلاسل نرو۔

کے اندر قوت لوٹ آتی، اور چہرہ کی بدوضعی کم ہوجاتی ہے +

تشنج وجہی [۱] وہ مرض ہے جس میں چہرہ کے بعض یا کل عضلات میں تشنج ارتجاجی [۲] ہوتا ہے ، اور یہ اُس آفت کا نتیجہ ہوتا ہے ۔ جو مرکز [۳] میں یا قشرہ [۴] دماغ میں پائی جاتی ہے ۔ اس میں مریض کو سخت بیقراری ہوتی ہے ، پھر اس میں گاہے چہرہ کا پورا ایک حصہ ماؤف ہوتا ہے ' اور گاہے اسکا کوئی جزو ۔ مثلاً عضلہ محیطہ [۵] جفنیہ +

علاج: اسکا علاج یہ ہے کہ مقویات اعصاب اور مضاد تشنج ادویہ استعمال کی جائیں ۔ اگر یہ علاج کامیاب نہ ہو ، تو تمدید عصبی [۶] (ریشے کو کھینچنا) کا عمل کیا جائے ۔ یا قطع العصب [۷] کا عمل ، یا استیصال جزئی کا عمل (جس میں عصب کا کوئی حصہ کاٹ کر نکال لیا جاتا ہے) ۔ اگرچہ اس عملیت کا نتیجہ بھی ہمیشہ حسب منشا برآمد نہیں ہوا کرتا +

عصب [۸] سامع گاہے کھوپڑی کے تلے کے کسر میں مجروح ہوا کرتا ہے ، جس سے نقدان سمع (صمم = بہراپن) لاحق ہوجاتا ہے ، جسکا کوئی علاج نہیں ۔ اسکے ساتھ چہرہ میں استرخا بھی ہوا کرتا ہے +

عصب [۹] لسانی حلقی :- پورے طور پر معلوم نہیں کہ اس عصب کی جراحت سے کیا کیا عوارض پیدا ہوتے ہیں ۔ بتایا جاتا ہے کہ ایک مریض

---

[۱] فیشیل ٹک (تیک وجہی) +
[۲] کلونک اسپیزم +
[۳] نیوکلیس +
[۴] کارٹکس +
[۵] آربی کیولیرس پیلپی برے رم +
[۶] نروا سٹریچنگ +
[۷] نیورو ٹومی +
[۸] نیورکٹومی +
[۹] آڈیٹوری نرو +
[۱۰] گلاسو فیرنجیل نرو +

پس اس عصب کے دب جانے کی وجہ سے عُسر ابلع اور گفتگو میں دُشواری پیدا ہو گئی تھی، اور اُسکی زبان میں پائدار تقرح بھی تھا۔ پھر اس کی موت عنضروف لمبی کے اوذیما سے ہوئی +

عصب رئوی معدی (راجع)، گاہے قاعدۂ قحف کے کسر میں گاہے گردن کے علیات جراحیہ میں، اور گاہے سینے کے انورسمات کے دباؤ کی وجہ سے مجروح ہوا کرتا ہے۔ ایک طرف کے عصب کے مجروح ہونے سے حنجرہ کا ایک جانب مفلوج ہو جاتا ہے۔ لیکن جب دونوں جانب کے اعصاب کٹ جاتے ہیں تو حنجرہ کے استرخا کیوجہ سے، اور پھیپھڑوں کے اوذیما اور استلاء کی وجہ سے فوراً موت واقع ہوتی ہے +

اس عصب کی خفیف آفت سے گاہے خفقان، قی، اور اختناق کی سی کیفیت پیدا ہوتی ہے۔ گاہے اس سے کھانسی اور آواز کی خرابی (مثلاً بُحَّۃُ الصوت) پیدا ہوتی ہے۔ گاہے تھوڑی دیر کے لئے قلب کی حرکت بند ہو جاتی ہے +

عصب نخاعی اضافی گاہے قاعدۂ قحف (کھوپڑی کے تلے) کے کسر میں، اور گاہے گردن کے علیات جراحیہ میں مجروح ہو جایا کرتا ہے۔ اس عصب کے کٹ جانے کی وجہ سے گاہے شانہ بُرے طور پر لٹک جاتا ہے، جس سے شکل بہت بُری سی ہو جاتی ہے۔ اس عصب کے مرکزی تغیرات کی وجہ سے عضلہ قصیہ حلیہ، اور عضلہ مربعہ

---

[۱] نیموگیسٹرک نرو + [۳] اسٹرنو مسٹائڈ مسل +
[۲] اسپائنل اکسے سوری نرو + [۴] ٹرے پی زیس مسل +

منحرفہ میں اختلاجی تشنج ہوتا ہے (التواء العنق تشنجی)، جس کے لئے استیصال جزئی کا عمل کیا جاتا ہے +

عصب تحت اللسان گاہے عملیات جراحیہ میں کٹ جایا کرتا ہے، یا شریان سباتی ظاہر کے انورسما کی وجہ سے دب جایا کرتا ہے۔ اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زبان کی ایک جانب مفلوج یا کمزور ہوجاتی ہے +

نخاعی اعصاب (حرام مغز کی اعصاب)

نخاعی اعصاب میں سے گردن کے اعصاب (اعصاب عنقیہ) کے مجروح ہونے سے اکثر اوقات خطرناک عوارض رونما نہیں ہوتے، ہاں اگر عصب حجابی مجروح ہو، مثلاً وہ کٹ جائے، تو اس سے فوری موت اس وجہ سے لاحق ہوتی ہے کہ نصف حجاب حاجز (ڈایا فرغما) مفلوج ہوجاتا ہے۔ اگرچہ بعض اوقات مریض بچ بھی جایا کرتا ہے۔ عصب حجابی کے ہیجان سے تشنجی کھانسی اور ہچکی پیدا ہوجاتی ہے +

ضفیرۂ عضدیہ (بازو کا عصبی جال) جروح بارودیہ سے، شانہ کے بل گرنے سے، اور ضرب پہنچنے سے، اور ولادت کے وقت مجروح ہوسکتا ہے۔ اسکی آفات کے مختلف مدارج اور عوارض کے مختلف درجات ہیں، مثلاً جب پورا جال مجروح ہوجاتا ہے (پھٹ جاتا ہے، یا نخاع سے

لے اسپازموڈک ٹارٹی کولس +
لے نیورکٹومی +
لے ہائپوگلاسل نرو +
لے اکسٹرنل کیراٹڈ +
لے فرے نک نرو +
لے برے کیل پلکس +

جُدا ہو جاتا ہے، تو پورے بازو کی حرکت اور حس جاتی رہتی ہے +

جب ضرب پانچویں یا چھٹے مہرے پر پڑتی ہے، تو عضلہ مثلثہ[1] کبیرہ اور عضلہ معینہ[2] مفلوج ہو جاتا ہے +

گاہے اس جال کی آفت سے وہ عضلات مفلوج[3] ہو جاتے ہیں جنکی پرورش گردن کے پانچویں عصب سے اور کسی قدر چھٹے عصب سے ہوتی ہے، اور وہ یہ ہیں ا۔ عضلہ ذاتِ الیہ[4]، ذات الرأسین[5]۔ عضدیہ مقدمہ[6] باطحہ طویلہ[7]، باطحہ قصیرہ[8]، اس استرخاء کے ساتھ ان حصوں میں بے حسی (خدر) بھی ہوتی ہے، جنکی پرورش پانچویں عصب سے ہوتی ہے۔ یہ مخصوص قسم کا استرخاء گاہے کسی بلندی سے شانہ کے بل گرنے سے پیدا ہوتا ہے، اور گاہے بچوں میں ولادت کے بعد +

جب ضفیرہ مذکورہ کی مخصوص ڈوریاں (احبال) مجروح ہوتی ہیں، تو مخصوص عضلات متعلقہ مسترخی ہوتے ہیں، اور مخصوص مقامات میں خدر لاحق ہوتا ہے۔ چنانچہ جب حبل[9] انسی کی آفت سے ہاتھ کے عضلات رسغ اور انگلیوں کے بعض یا کل عضلات قابضہ مفلوج ہو جاتے ہیں، نیز بازو، کلائی اور ہاتھ کے اندرونی جانب خدر ہوتا ہے[10] جبل وحشی کی آفت سے وہ عضلات مفلوج ہوتے ہیں، جنکی پرورش عصب عضلی[11]

[1] سرے ٹس میگنس +	[6] بریکئے لس انٹائی کس +
[2] رامبائیڈ لیس +	[7] سوپائی نیٹر لانگس +
[3] ایرب ڈوشن پیرالےسس +	[8] سوپائی نیٹر بریوس +
[4] ڈلٹائیڈلیس +	[9] انٹر کارڈ +
[5] بائی سپس +	[10] اوٹر کارڈ +
	[11] مسکیولو کیوٹے نی اس +

جلدی، اور متوسط[1] سے ہوتی ہیں، یعنی :- ذات الراسین، غرابیہ عضدیہ[2] عضدیہ مقدمہ[3]، رسغ اور انگلیوں کے عضلات قابضہ کعبریہ[4]، نیز کلائی کے بیرونی کنارہ میں بے حسی ہوتی ہے۔ جبل[5] مؤخر کی آفت سے وہ عضلات مفلوج ہوجاتے ہیں، جنکی پرورش عصب عضلی[6] ملولب منعطف[7]، اور عصب فوق الکتف[8] سے ہوتی ہے۔ نیز بے حسی اُن مقامات[9] میں ہوتی ہے۔ جہاں انکی حسی شاخیں پھیلتی ہیں +

اس جال کا زیرین حصہ بمقابلہ بالائی حصے کے زیادہ مجروح ہوا کرتا ہے +

علاج :- مقام آفت اور درجۂ آفت کے لحاظ سے علاج مختلف ہوا کرتا ہے۔ یہ ضروری ہے کہ دباؤ کے ظاہری اسباب کو دور کیا جائے مثلاً ٹوٹی ہوئی ہڈی کا کوئی سرا ہو، یا دشبذ ہو علیٰ ہذا جب تک ورم اور درد قائم ہو، مناسب یہ ہے کہ اُس وقت تک بازو کو بے حرکت رکھا جائے، پھر مالش کی جائے، اور بجلی لگائی جائے۔ استرخار الولادت میں بعض اوقات دستکاری کی جاتی ہے، جبکہ بچہ ایک سال کا ہوجاتا ہے؛ اس عمل میں ماؤف اعصاب کی جڑیں کھولی جاتی ہیں، نُدبہ کو کاٹکر الگ کردیا جاتا ہے، اور عصب میں خیاطت ثانویہ کردیا جاتا ہے +

[1] میڈین +
[2] بائی سیپس +
[3] کاریکو بریکیئے لس +
[4] بریکیئے لس انٹائی کس +
[5] ریڈیل فلکسرز +
[6] پوسٹیریر کارڈ +
[7] مسکیولو اسپائرل +
[8] سرکمفلکس +
[9] سوپرا اسکیپولر +

لگا ہے ضفیرۂ عضدیہ میں التہاب اور عصبی درد پیدا ہوجاتا ہے انکا علاج اصول مقررہ کے مطابق کیا جائے. جب درد قائم رہ جاتا ہے، یا جب بازو اور شانہ کے عضلات میں اختلاجی تشنج پیدا ہوتا ہے، تو بند یہ ضفیرہ (جال کے اعصاب کو کھینچنے کا عمل) کی ضرورت پڑجاتی ہے +

عصب منعطف مفصل کتف کے خلع اور عظم العضد کی عنق الجراحت کے کسر میں عموماً مجروح ہوجایا کرتا ہے. اس سے عضلۂ دالیہ مفلوج اور لاغر ہوجاتا ہے. لگا ہے عارضی طور پر بغل کی بیرونی دیوار سے حس زائل ہوجاتی ہے، جوجلد ہی لوٹ آتی ہے. اسکے لئے کوئی عمل جراحی نہیں کیاجاتا ہے. اگرچہ اسکی کوئی خاص وجہ نہیں کہ کیوں نہ مناسب حالات میں اعمال جراحیہ کئے جائیں +

عصب عضلی ملولب (عصب عضلی حلزونی) زیادہ تر اس طرح ماؤف ہوا کرتا ہے کہ جب ہاتھ کوکسی کرسی کی پشت پر سہارہ دیکر لٹکایا جاتا ہے، جیسا کہ نشہ سے بدمست لوگ سوجایا کرتے ہیں، تو اس عصب پر دباؤ پڑتا ہے. علی ہذا عظم العضد کے جسم کے انکسار میں بھی یہ عصب مجروح ہوجایا کرتا، اور التحام کے وقت دشپذ کی وجہ سے دب جایا کرتا ہے +

اس عصب کے انقطاع کامل سے مندرجہ علامات ظاہر ہوتی ہیں

۱ سرکم فلکس نرو +	۴ سرجیکل نک +
۲ شولڈر جائنٹ +	۵ مسکیولو اسپائرل نرو +
۳ ہیومرس +	۶ کیلس +

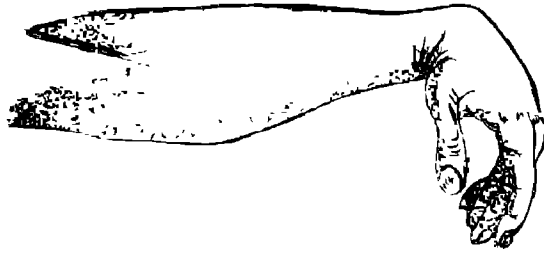
سقوط الرسغ (ارتخاء الید) یعنی ہاتھ کا لٹک جانا، کیونکہ کلائی کے عضلات[1] باسطہ (باسطۂ رسغیہ علیا و سفلی[2]) مسترخی ہوجاتے ہیں. علیٰ ہذا عضلہ ثلاثیۃ الرؤوس بھی مفلوج ہوجاتا ہے، اسی وجہ سے کلائی کا پھیلانا دشوار ہوجاتا ہے. اسی طرح عضلہ باطحہ طویلہ و قصیرہ بھی مفلوج ہوجاتے ہیں، اسی لئے ہاتھ پٹ رہتا ہے. یہاں خدر نہیں ہوتا، تاوقتیکہ عصب کا بالائی حصہ (بالائی ثلث) بازو کے بالائی حصے میں مجروح نہ ہو. جب یہ صورت واقع ہوتی ہے، تو جن مقامات پر عصب کعبری (زندی اعلی) کی حسی شاخیں پھیلتی ہیں، وہاں بے حسی نمودار ہوتی ہے (یعنی ہاتھ کی پشت کے نصف کعبری پر) +

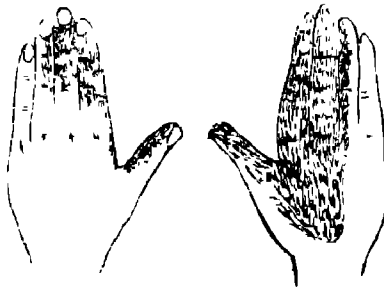
علاج :- اگر یہ یقیناً معلوم ہوجائے کہ عصب پورے طور پر کٹ گیا ہے، تو عصب کو سی دیا جائے ; اور اگر اسکا تیقن حاصل نہ ہو تو مالش اور بجلی سے علاج کیا جائے +

عصب متوسط :- یہ اگرچہ اپنی رفتار کے ہر حصے میں مجروح ہوسکتا ہے، مگر یہ زیادہ تر (بوتلوں کے پھٹنے سے) قبضہ کے اوپر مجروح ہوا کرتا ہے. چنانچہ جب یہ قبضہ کے پاس مجروح ہوتا ہے، تو اسکے عوارض حسب ذیل ہوتے ہیں :-

(الف) بے حسی، ہاتھ کے جانب کعبری کی جہت راحی[3] میں

---

[1] رسٹ ڈراپ +	[6] ریڈیل نرو +
[2] اکس ٹنسرز +	[7] ریڈیل ہاف +
[3] اکس ٹنسر کارپائی ریڈیےلس +	[8] میڈین نرو +
[4] اکس ٹنسر کارپائی النیرس +	[9] ریڈیل سائڈ +
[5] ٹرائی سپس +	[10] پامر ایس پکٹ +

تصویر (۴۷)

سقوط الرسغ، جو عصب عضلی ملولب کے استرخار سے لاحق ہوا ہے۔

تصویر (۴۸)

عصب متوسط کا رسغ کے اوپر کٹ جانا

تاریک حصوں میں قوت حسیہ غائب ہو گئی ہے۔

انگوٹھے، سبابہ، وسطیٰ اور نصف بنصر کی جہت ماحی میں +

(ب) وہ عضلات مفلوج ہوجاتے ہیں، جو اس عصب سے پرورش پاتے ہیں، مبعدۃ الابہام، مقاومۃ الابہام، اور قابضہ قصیرہ ابہامیہ کا بیرونی نصف (اسی وجہ سے الیۃ الابہام یعنی انگوٹھے کا گولہ لاغر ہوجاتا ہے، اور انگوٹھے سے مقابلہ کی حرکت مفقود ہوجاتی ہے۔ اسی طرح بیرونی دو عضلات خراطینیہ (جس سے مریض سبابہ اور وسطیٰ کے مفاصل مشطیہ سلامیہ کو موڑ نہیں سکتا) +

اور جب یہ کہنی کے موڑ کے پاس یا بازو میں مجروح ہوتا ہے، تو اس وقت ذیل کے عوارض زیادہ ہوجاتے ہیں:-

(۱) چونکہ دونوں عضلات کابہ مفلوج ہوجاتے ہیں، اسلئے ہاتھ کو بٹ کرنے کی قابلیت جاتی رہتی ہے +

(۲) رسغ کا پورے طور پر موڑنا اس وجہ سے دشوار ہوتا ہے کہ عضلہ قابضہ رسغیہ کعبیا مفلوج ہوجاتا ہے +

(۳) عضلہ قابضہ طویلہ ابہامیہ، قابضہ سطحیہ للاصابع، اور عضلہ قابضہ غائرہ للاصابع کا بیرونی نصف مفلوج ہوجاتا ہے، جس سے ہاتھ

۱؎ ابڈکٹر پالی سس +	۷؎ پرونیٹرس +
۲؎ اپونس پالی سس +	۸؎ فلکسر کارپائی ریڈئیلس +
۳؎ فلکسر بریوس پالی سس +	۹؎ فلکسر لانگس پالے سس +
۴؎ لمبریکلز (؟) تھے نار امی نس +	۱۰؎ فلکسر سبلائی مس ڈیجی ٹورم +
۵؎ لبری کل سلز +	۱۱؎ فلکسر پروفنڈس ڈیجی ٹورم +
۶؎ میٹا کارپو فیلنجیل جائنٹ	

کے موڑنے کی قوت (علی الخصوص کعبری حصے کی قوت) زائل ہو جاتی ہے

(۴) عضلہ راحیہ طویلہ مفاوج ہو جاتا ہے

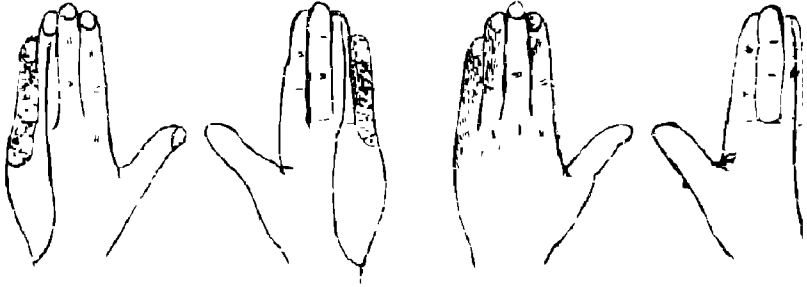
علاج:- خیاطت ادلیہ ہمیشہ ضروری ہے۔ جہاں خیاطت ادلیہ نہ کی گئی ہو، یا جہاں خیاطت ادلیہ ناکام رہا ہو، وہاں خیاطت ثانویہ کو آزمایا جائے +

عصب زندی (زندی اسفل) اکثر اوقات قبضہ کے پاس مجروح ہوا کرتا ہے، جس سے چھوٹی انگلی کے سامنے اور پیچھے، اور بنصر کے اندرونی نصف (نصف زندی) میں بحسی پیدا ہو جاتی ہے، اور مندرجہ ذیل عضلات مسترخی ہو جاتے ہیں +

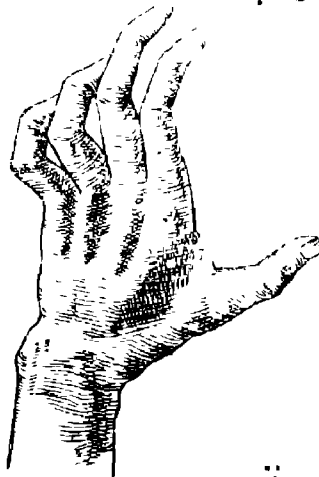
(۱) عضلہ قابضہ رسغیہ سفلی۔ جس سے قبضہ کو موڑنے کی قوت جاتی رہتی ہے +

(۲) عضلہ قابضہ غائرہ للاصابع کا اندرونی نصف، جس سے ہاتھ کے موڑنے کی، علی الخصوص خنصر اور بنصر کے موڑنے کی قوت جاتی رہتی ہے +

(۳) دو اندرونی جانب کے عضلات خراطینیہ، اور کل عضلات بین العظام، جس سے مریض اس بات پر قادر نہیں رہتا کہ وہ انگلیوں کو جانبین کی طرف حرکت دے۔ نیز پہلے پورئیے (سلامیات مشطیہ)

۵۱ پالمیرس لانگس +	۵۵ فلکسر کارپائی النیرس +
۵۲ پرائمری سیوچر +	۵۶ فلکسر پروفنڈس ڈیجی ٹورم +
۵۳ سکنڈری سیوچر +	۵۷ لمبریکل مسلز +
۵۴ انٹرنڈ +	۵۸ میٹا کارپو فیلنجیز +

تصویر (۴۹)　　　تصویر (۵۰)

عصب زندی اسفل کے کٹ جانے سے خدر (سنجی) کا پیدا ہونا

تصویر (۴۹) میں یہ عصب فرع ظہری کے مبدا سے نیچے رسغ کے پاس کٹ گیا ہے۔ اور تصویر (۵۰) میں اس سے اوپر جتنے حصے کو خط کھینچکر محدود کردیا گیا ہے، یہ اس امر کو بتاتا ہے کہ اس حد تک حس ذکی جاتی رہتی ہے؛ اگرچہ موٹی حس قائم رہ سکتی ہے۔ اور جتنے حصے کو مکدر اور تاریک کردیا گیا ہی یہاں سے حس پورے طور پر کھوجاتی ہے۔

تصویر (۵۱)

عصب زندی اسفل کے کٹ جانے سے ہاتھ کی شکل جانوروں کے چنگل کی سی ہوگئی ہے۔

پھیل جاتے ہیں، اور اخیر کے پورو ئے مڑ جاتے ہیں، جس سے ہاتھ جانوروں کے پنجے (مخلب) کے مانند ہو جاتا ہے +

(۴) خنصر کے چھوٹے عضلات (مبعدۃ الخنصر، قابضہ تصیرہ للخنصر[۱] مقاومۃ الخنصر) اور انگوٹھے کے اندرونی جانب کے چھوٹے عضلات (مقربہ مشترضہ، مقربہ مورشبہ، اور قابضہ تصیرہ کا گہرا حصہ) اور راحیہ قصیرہ استرخار اور فقدان حرکت اس عصب کے مقام آفت کے اختلاف کے لحاظ سے مختلف ہوا کرتا ہے +

علاج :- خیاطت اولیہ یا ثانویہ کی جائے۔ اس عصب کی عملیت کا نتائج عصب متوسط کی طرح زیادہ کامیاب نہیں ہوتے ہیں +

عصبہ عریضہ (عصب ورکی کبیر) میں عموماً درد (عصبی درد) ہوا کرتا ہے، جسکو عرق النسا کہا جاتا ہے +

عرق النسا :- ایک سخت درد پیدا کرنے والی آفت ہے، جو عموماً بشکل زائل ہوتی ہے۔ یہ مندرجۂ ذیل اسباب سے پیدا ہوتی ہے +

(الف) غلاف العصب کا التہاب حاد یا مزمن، جو سردی، یا کوئی آفت (چوٹ وغیرہ)، یا گٹھیا، یا آتشک، یا دوسرے سمی اسباب سے پیدا ہوگیا ہو

(ب) جوف عانہ کے باہر عصب کے کسی حصے کا انورسما، رسولی، یا عظم الفخذ

[۱] ایڈکٹر می نی مائی ڈیجیٹائی +	[۶] فلکسر بریوس +
[۲] فلکسر بریوس می نی مائی ڈیجیٹائی +	[۷] پالمیرس بری وس +
[۳] اپونس می نی مائی ڈیجیٹائی +	[۸] گریٹ شیاٹک نرو +
[۴] اڈکٹر ٹرانسورسیلس +	[۹] شیاٹیکا +
[۵] اڈکٹر آبلی کس +	[۱۰] نیوری لما +

کے ٹلے ہوئے سر کی وجہ سے دب جانا (جبکہ وہ اپنی جگہ سے ٹل کر[۵۱] خرقفہ کی پشت کی طرف آگیا ہو)۔ (ج) جوف عانہ کے اندر، یا جبکہ یہ ثُلمہ عجزیہ[۵۲] ورکیہ سے خارج ہوتا ہے، اس عصب کا دب جانا، جیساکہ سلعہ[۵۳] لحمیہ، سلعہ عظمیہ[۵۴] سرطان مستقیم، سرطان رحم، رحم حامل، اور رحم کے مرض لیفی[۵۵] میں ہوا کرتا ہے۔ (د) عصبی جڑوں کا مجرائی[۵۶] نخاعی کے اندر مرض نخر[۵۷] یا سلعہ لحمیہ کی وجہ سے دب جانا۔ (ہ) نخاع کے مزمن امراض، مثلاً ذبول[۵۸] +

علامات:- اسکے علامات نمایاں اور واضح ہوتے ہیں، یعنی اسکا درد کولھے کے جوڑ سے شروع ہوتا ہے، اور ران کے پیچھے سے نیچے اوترتا ہے، جو گاہے قدم کی انگلیوں تک پہونچتا ہے۔ اسکا درد باری کی شکل میں ہوتا ہے، جو عصب کی پوری درازی میں کسی حصے پر دباؤ پڑنے سے، یا ران کو حرکت دینے سے اُٹھ جاتا ہے۔ اسی وجہ سے مریض اس مرض میں اُس پاؤں سے کام نہیں لیتا، اپنے ماؤف پاؤں کو اُٹھائے رکھتا ہے اور چلنے میں دباؤ دوسرے پاؤں پر ڈالتا ہے۔ جب اسکا سبب التہاب ہوتا ہے، تو عصب کی پوری درازی میں نزاکت (مضاضت) پائی جاتی ہے۔ اور گاہے عصب بھی چھونے سے غلیظ (متورم) محسوس ہوتا ہے۔ پاؤں گویا نصف مُڑا ہوا رہتا ہے، اور ران کا حوض (عانہ) پر پورے طور پر موڑنا تقریباً محال ہوتا ہے۔ اگر مریض مثلاً دیوار کے سہارے

---

[۵۱] ایلیم +
[۵۲] سیکرو شیاٹک ناچ +
[۵۳] سارکوما +
[۵۴] آسٹیو ادما +
[۵۵] فائبرائڈ +
[۵۶] اسپائنل کینال +
[۵۷] کیریز +
[۵۸] ٹے بیز +

سے لگ جائے، اور وہ اپنی ٹانگ کو سامنے کی طرف اس طرح اُٹھا سکے کہ بدن کے اور اسکے درمیان زاویہ قائمہ بن جائے، (بشرطیکہ گھٹنا مڑا ہوا نہ ہو) تو سمجھنا چاہیے کہ مریض عرق النسا میں مبتلا نہیں ہے ۔

علاج:۔ سبب کے موافق علاج مختلف ہے۔ اگر عرق النسا التہاب عصب، یا التہاب محیط عصب سے ہو تو حسب قواعد عام اصول علاج سے کام لیں، جو آتشک، یا گٹھیا کے مضاد ہوں۔ شدتِ درد کی صورت میں ران کے پچھلے حصے پر جراقات[1] (منفطات)، کاویات، برق اور ادویہ مسکنہ استعمال کریں۔ گاہے جلد کے نیچے جوہر افیون یا جوہر بیبروج (بیبروجین۔ اٹروپین) کی پچکاری کی جاتی ہے۔ جب تمام وہ دوائیں ناکام رہیں جو عصبی درد کے مضاد ہیں۔ تو تمدید[2] عصبی کا عمل کیا جائے۔

عصب ورکی کبیر کی تمدید۔ مندرجہ ذیل حالات میں اس عصب کو کھینچا جاتا ہے :۔

(۱) اسکے درد شدید میں (۲) اُن عضلات کے استرخا میں جو اس عصب سے پرورش پاتے ہیں، اور انہی عضلات کے تقلص میں جبکہ کسی آفت (عارض۔ ضرب وجراحت) کی وجہ سے، یا زیر جلد نسیج خلوی کے التہاب کی وجہ سے، یا محیط العصب کے التہاب کی وجہ سے اس عصب اور اجزاء مجاورہ کے درمیان التصاق پیدا ہو گیا ہو۔ (۳) اُس استرخا اور تقلص میں جو ذبول[3] کی وجہ سے پیدا ہوئے ہوں۔ تمدید عصبی گاہے بغیر جراحی دستکاری کے بھی کی جا سکتی ہے۔

[1] بلسٹر ۔
[2] نروا سٹریچنگ ۔
[3] ذبول۔ اٹے بیٹیز۔

جس کی صورت یہ ہے کہ ران کو شکم پر موڑا جائے۔ اسکے بعد گھٹنے کو پھیلایا جائے۔ عرق النسا میں یہ عمل دارو بیہوشی کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ اسلئے مناسب ہے کہ عملیات جراحیہ کرنے سے پہلے اس طریقے کا امتحان کر لیا جائے۔ جب یہ عصب کٹ جاتا ہے، تو اسکو سینے کے لئے عریاں کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے +

عمل تمدید کے لئے اسکے عریاں کرنے کا بہترین مقام وہ ہے جہاں یہ عضلہ الویہ کبیرہ[1] کے نیچے سے، حدبۂ ورکیہ[2] اور طرو خانطیر اعظم کے درمیانی مسافت میں خارج ہوتا ہے۔ اس عمل کے لئے مریض کو پیٹ سلایا جائے اور اسکے پاؤں کو کسی قدر موڑ دیا جائے، اور ایک عمودی شگاف چار پانچ قیراط لمبا ران کے خط وسطانی میں نشتر[3] کی نوک سے بنایا جائے۔ پھر عضلہ الویہ کبیرہ کے زیریں کنارہ کو عریاں کیا جائے، جسکے ریشے نیچے اور باہر کیطرف اوترتے ہوئے نظر آئینگے۔ پھر اس عضلہ کے نیچے کی ران کے عضلات کو اندر کیطرف کھینچا جائے، جس سے یہ عصب نظر آئیگا، جو اپنے غلاف میں ہوگا۔ یہ غلاف ڈھیلی نسیج واصل سے بنا ہوا ہے۔ پھر اس عصب کو انگلی کے حلقے میں لیکر دونوں طرف (طرف مرکزی وطرف محیطی) سے کھینچیں +

عصب[4] مابضی وحشی، عملیات جراحیہ یا آفات وجراحات کی وجہ سے کٹ جایا کرتا ہے، جس سے پشت قدم بے حس ہو جاتا ہے اور عضلات[5] باسطہ اور عضلات[6] شظویہ مسترخی ہو جاتے ہیں۔ چونکہ اس

---

[1] گلیوٹی اس میگزی مس +
[2] ٹیوبر اسکیائی +
[3] گلیوٹیل فولڈ +
[4] اکسٹرنل پاپلی ٹیل نرو +
[5] اکس ٹنسر مسلز +
[6] پرونیل مسلز +

حالت میں جانب مقابل کے عصلات کھنچ جاتے ہیں، اسلئے قدم تقدار[۱] قدعا کی صورت پیدا ہوجاتی ہے ۔

قدم تقدار[۱] میں اڑی اس طرح اٹھ جاتی ہے کہ مریض عظام منشطیہ کے سروں پر دینجوں کے بل، چلتا ہے اور قدم قدعا[۲] میں اڑی کے ساتھ قدم کا اندرونی کنارہ بھی اٹھ جاتا ہے، اور قدم کے دو اگلے ثلث اندر اور اوپر کی طرف مڑ جاتے ہیں، جس سے مریض قدم کے بیرونی کنارہ کے بل یا قدم کی پشت کے بل چلنے پر مجبور ہوجاتا ہے ۔

اس عصب کو کھولنے کے لئے ڈیڑھ قیراط لمبا شگاف عضلہ ذات[۳] الراسین کے وتر کے اندرونی کنارے میں بنایا جاسکتا ہے۔ جسکو شظیہ[۴] کی گردن کے پاس ختم کیا جائے۔ پھر گھٹنے کو موڑا جائے، اور مابض[۶] کی ٹوبیلی ننج خلوی میں عصب کو تلاش کیا جائے ۔

عصب[۵] مابضی النسی چونکہ زیادہ محفوظ ہے، اس لئے اسے خطرات کم پہونچ سکتے ہیں، اسکے انقطاع سے تلوہ بحس ہوجاتا ہے۔ اور ٹخنے اور انگلیوں کے عضلات قابضہ مسترخی ہوجاتے ہیں، جس سی قدم رکعا[۸] اور اعوجاج عقبی[۹] پیدا ہوجاتا ہے۔

[۱] ٹیلی پیز اکوئنو ویرس ۔	[۶] پاپلی ٹیل اسپیس ۔
[۲] ٹیلی پیز اکوئنس ۔	[۷] انٹرنل پاپلی ٹیل نرو ۔
[۳] ٹیلی پیز ویرس ۔	[۸] ٹیلی پیز ونگس ۔
[۴] بائی سیپس ۔	[۹] ٹیلی پیز کیل کے نیس ۔
[۵] فی بیولا ۔	

قدم وکعاء میں قدم کا بیرونی کنارہ اس طرح اٹھ جاتا ہے کہ
مریض قدم کے اندرونی کنارے کے بل یا کعب انسی کے بل
چلنے پر مجبور ہو جاتا ہے۔ اور اعوجاج عقبی میں قدم پنڈلی پر
اس طرح مڑ جاتا ہے کہ پشتِ قدم پنڈلی سے قریب ہو جاتی ہے۔
اس عصب کو کھولنے کے لئے فضا تابض کے وسط میں ایک
عمودی شگاف دیا جائے۔ اور احتیاط یہ برتی جائے کہ ورید صافن قصیر
مجروح نہ ہو جائے۔ پھر گہرے لفافہ کو چیر کر عصب کو نمودار کر دیا جائے
یہ عصب ٹھیک گہرے لفافہ کے نیچے ہوتا ہے۔

اعصابِ قصبیہ:- جب عصبِ قصبی مقدم و مؤخر کٹ جاتے
ہیں، تو عوارض محدود ہوتے ہیں: چنانچہ عصب قصبی مقدم کے کٹ
جانے کی صورت میں قدم کے عضلات باسطہ مفلوج ہو جاتے ہیں، قدم
قفدا کی صورت ظہور پذیر ہوتی ہے۔ اور عصب قصبی مؤخر کے کٹ جانے
کی صورت میں قدم کے عضلات قابضہ طویلہ و قصیرہ اور عضلات بین العظام
(بین المشط) مفلوج ہو جاتے ہیں۔ اور قدم وکعا اور اعوجاج عقبی کی
صورت نمودار ہوتی ہے۔

ان اعصاب کو عریاں کرنے کے لئے وہی اعمال کئے جائیں۔ جو
ان کی شرایین مرافقہ کے باندھنے کے لئے بتائے گئے ہیں۔

عصبِ شرکی (جذع عصبی شرکی):- گا ہے یہ عصب گردن

سلہ پاپلی ٹیل اسپیس	سلہ ٹبیل نروز
سلہ شارٹ سیفے نس وین	سلہ انٹیریر ٹبیل نرو
سلہ ڈیپ نیشیا	سلہ پوسٹیریر ٹبیل نرو
	سلہ سیچے ٹک نروٹرنک

میں انورسما یا رسولی کی وجہ سے دب جاتا ہے، جس سے اس عصب میں ہیجان پیدا ہوتا ہے۔ جب اس عصب میں ہیجان پیدا ہوتا ہے، تو اس طرف کی آنکھ کی پتلی میں تمدد (تناؤ) پیدا ہوتا ہے، اور اسی طرف سر اور چہرہ میں پسینہ بہتا ہے۔ لیکن جب یہ عصب کٹ جاتا ہے، تو عصب سویم کی تاثیر سے پتلی سکڑ جاتی ہے۔ گاہے اس عصب کو دونوں طرف سے تیلد حلقومیہ[1] جحوظیہ کے علاج کے لئے، اور مار اخضر[2] کے علاج کے لئے کاٹ دیا جاتا ہے، جس سے کچھ نہ کچھ فائدہ ظاہر ہوتا ہے +

---

[1] گریوز ڈیزیز (اکس آف تھلمک گائٹر) +

[2] گلاؤکوما +

باب یازدہم

امراضِ عظام

ہڈیوں کے امراض

ورم[1] عظم - التہاب عظمی

ہڈی کا سوجنا یا متورم ہوجانا - اس کی دو قسمیں ہیں :- حاد اور مزمن +

چونکہ بذات خاص ہڈی کا ورم (ورم عظمی) اور اسکی جھلی کا ورم (ورم غشاء عظمی[2]) دونوں بہت سی باتوں میں شریک ہیں - اور دونوں کے عوارض ایک ہیں - اس لئے ہڈی کے ورم کی قسمیں بھی ہڈی کی جھلی کے ورم میں بیان کی جائینگی +

یہ ورم گاہے ہڈی کی ٹھوس ساخت (نسیج کثیف) اور گاہے خانہ دار ساخت (اسفنجی ساخت) میں واقع ہوتا ہے - مرض کی ابتدا گاہے ہڈی کی اُن پیچیدہ نالیوں سے ہوتی ہے - جنکے اندر عروق وغیرہ بھرے رہتے ہیں - اسکے بعد ہڈی کی متصلہ ساختوں میں ورم کم و بیش پھیل جاتا ہے - گاہے ورم کی ابتدا ہڈی کی جھلی سے ہوتی ہے

[1] آسٹیائی ٹس +

[2] پیری آسٹائی ٹس +

اور رگا ہے ہڈی کی گودے والی نالی (تجویف مخی) سے۔ اس مرض میں ہڈی پہلے اجتماع خون کے باعث سُرخ ہوجاتی ہے۔ اسکے بعد ہڈی کا سخت مادہ غائب ہونے لگتا، اور اسکی جگہ خانہ دار ساخت (نسیج خلوی) بھرنے لگتی ہے۔ اور انجام میں یہ خانہ دار ساخت پیپ کے مادہ میں تبدیل ہوجاتی ہے۔ جب یہ مرض ہڈی کی خانہ دار ساخت سے شروع ہوتا ہے تو ہڈی کی پیچیدہ نالیوں (مجاریٔ مُتَشَبِّکَہ) کے گرد ہڈی کا مادہ جمع ہوجاتا ہے۔ اس وجہ سے یہ نالیاں بتدریج مسدود ہوجاتی ہیں۔ اور ہڈی کی ساخت دندان فیل کی ساخت کی طرح ٹھوس ہوجاتی ہے۔ جب ہڈی کی مذکورہ بالا پیچیدہ نالیاں بند ہوجاتی ہیں۔ یا ورم کا مادہ پیپ میں تبدیل ہوجاتا ہے۔ تو ہڈی مردہ ہونے لگتی ہے (موت العظم[2]) اور ہڈی کے بوسیدہ حصے الگ ہونے لگتے ہیں۔ جب ورم ہڈی کی گودہ والی نالی میں ہوتا ہے، تو اس حالت میں ورم ہڈی کی طرح ہڈی کے گودہ میں بھی ہوجاتا ہے۔ اس لئے اس حالت میں اسکا نام بھی ان دونوں کے لحاظ سے ورم عظمی مخی رکھا جاتا ہے (عظم۔ ہڈی۔ مخ۔ گودہ)۔

ورم اگر قسم حاد سے ہو تو عموماً ہڈی مردہ ہوجاتی ہے (موت العظم) اور اگر ورم قسم مزمن سے ہو تو ہڈی میں غیر معمولی صلابت آجاتی ہے جسکو مرض تصلب[3] کہتے ہیں۔

---

[1] ہے ورز ہن کینا لز۔

[2] نکروسس۔

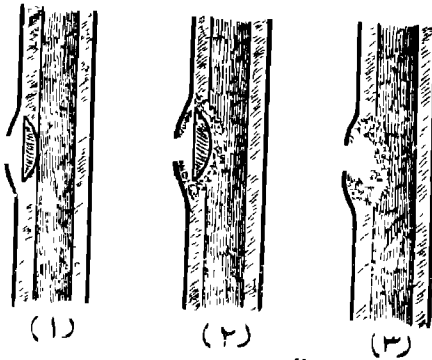
[3] اسکلے روسس۔

ہڈی کا ورم حاد۔ التہاب عظمی حاد

یہ علی العموم بچوں میں (دس سے پندرہ سال کے درمیان) سردی کے سبب سے پنڈلی کی بڑی ہڈی (قصبہ کبریٰ) اور ران کی ہڈی میں واقع ہوتا ہے۔ اسکے علاوہ اور بھی دوسری ہڈیوں میں ہوسکتا ہے۔ مثلاً بازو کی ہڈی میں۔ بسا اوقات یہ ورم بیک وقت متعدد ہڈیوں میں ہوجاتا ہے۔ اکثر یہ ورم ہڈی کے جسم میں سرے کے پاس ہوتا ہے اور سرا (کردوس[1]) عام طور پر بچا رہتا ہے۔ گاہے خنازیر اور ضرب کے باعث بھی یہ مرض ہوجاتا ہے +

علامات:۔ لرزہ کے ساتھ بخار آتا ہے۔ ہڈی میں درد ہوتا ہے۔ عضو ماؤف متورم ہوجاتا، اور اس مقام کی جلد مرض سرخباد کے مانند سرخ ہوجاتی ہے۔ کچھ دنوں بعد عضلات کے نیچے پیپ اکٹھی ہوجاتی ہے۔ جو ایک دومنہ کے ذریعہ باہر نکلتی ہے۔ آخر مریض یا تو بدنی عوارض کی شدت اور زیادہ پیپ بہجانے سے مرجاتا ہے۔ یا مریض زندہ رہتا ہے۔ اور ہڈی مردہ ہوجاتی ہے۔ اگر ورم ہڈی کی بیرونی سطح میں ہو تو ہڈی کی بیرونی جھلی بھی متورم ہوجاتی ہے۔ یعنی ورم غشاء العظم[2] بھی ہوجاتا ہے۔ اس حالت میں سرخی زیادہ ہوتی ہے۔ اور چھونے سے درد شدید ہوتا ہے۔ پیپ میں خون کی آمیزش ہوتی ہے۔ اور ہڈی کا بیرونی حصہ گاہے مردہ ہوجاتا ہے۔ گاہے ورم ہڈی کے اندرونی حصے میں ہوتا ہے۔ اس حالت میں درد

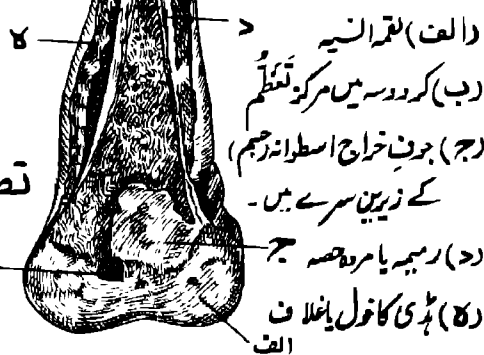
---

[1] اکیوٹ اس ٹائی ٹس۔ [2] اپی فیسز۔ [3] پری آس ٹائی ٹس۔

تصویر (۵۲)

موت العظم سطحی جو مقامی التہاب غشاء العظم کی وجہ سے پیدا ہو گئی ہے

(۱) میں ہڈی کا جو حصہ مردہ ہو گیا ہے، وہ ابھی تک ہڈی کے دوسرے زندہ حصے سے لگا ہوا ہے۔ لیکن غشاء عظمی جدا ہو گئی ہے، اور اس میں ایک سوراخ پیپ کے بہاؤ کے لئے پیدا ہو گیا ہے۔ (۲) میں اس مردہ ٹکڑے کے نیچے ہڈی کی متصل زندہ ساخت میں التہاب ہو گیا ہے، اور اس وجہ سے یہ مردہ ٹکڑا اصلی ہڈی سے جدا ہو گیا ہے، اور جھلی کے نیچے نئی ہڈی کا ایک خول سا بن گیا ہے لیکن پیپ کے بہاؤ کیلئے سوراخ بدستور موجود ہے۔ (۳) میں مردہ ٹکڑا دور ہو گیا ہے۔

التہاب مخ العظم حاد، عظم الفخذ کے زیرین سرے میں (نو ہفتہ کے بچہ میں)

(الف) لقمۃ النسیہ
(ب) کرکری میں مرکز تعظم
(ج) جوف خراج اسطوانہ (جسم) کے زیرین سرے میں۔
(د) رمیمہ یا مردہ حصہ
(ہ) ہڈی کا خول یا غلاف

تصویر (۵۳)

اور سرخی ابتدائً نمودار نہیں ہوتی ہے۔ اسکو ورم عظمی غشائی باطن[1] کہتے ہیں۔ اس میں پیپ رقیق اور خون کی مائیت سے ملی ہوئی ہوتی ہے۔

علاج:- مسہل دیں۔ بخار کا علاج کریں۔ التہاب کے مقام پر تکمید کریں۔ اور جونکیں لگائیں + اگر وہاں پیپ پڑگئی ہو، اور پیپ کی لرزش (رجرجہ) امتحان سے محسوس ہو تو نشتر سے چیر دیں شگاف ہڈی تک پہونچائیں۔ اور مواد کے بہاؤ کا مناسب انتظام کریں۔ اگر درد میں افاقہ و کمی محسوس نہو، اور مرض روبہ ترقی ہو تو ہڈی کو گودے کی نالی تک قطع کریں۔ اور جریان خون کو بند کرکے زخم کا مناسب علاج جاری رکھیں + ادویہ محرکہ و مقویہ اور شخارئیہ بنفش آمیز استعمال کیا جائے اگر اس علاج سے کامیابی نہو تو عضو ماؤف کو قطع کرکے الگ کر دیا جائے (عمل بتر کیا جائے) +

ہڈی کا مزمن ورم۔ التہاب عظمی مزمن

یہ بسا اوقات دوسرے اندرونی اعضاء (احشاء) کے امراض کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ جبکہ ان امراض سے خون کے ترکیبی اجزاء میں نقص آجاتا ہے (سوء القنیہ[3]) اور علی العموم یہ ورم چند ہڈیوں میں یکبارگی ہوتا ہے +

علامات:- ہڈی میں سوجن پائی جاتی ہے۔ جو آہستہ آہستہ (سست رفتاری سے) بڑھتی جاتی ہے۔ دبانے سے کسی قدر درد

---

[1] انڈو آسٹیل آس ٹائی ٹس +

[2] آیوڈائڈ آف پوٹاشیم +

[3] اینیمیا۔ سوء القنیہ۔ فقر الدم +

ہوتا ہے۔ عضو بوجھل معلوم ہوتا ہے۔ رات کے وقت درد میں زیادتی
ہوجاتی ہے + اگر کسی آفت (چوٹ) سے یہ مرض پیدا ہوتا ہے تو علی العموم
انجام میں ہڈی مردہ ہوجاتی ہے۔ اور ہڈی کا پھوڑا (خراج عظمی) ہوجاتا ہے
ورنہ سوائے ہڈی کے پھول جانے کے اور کوئی تغیر عضوی واقع نہیں ہوتا
گاہے ہڈی کی ساخت، جیسا کہ پہلے بتایا گیا ہے، نہایت سخت
ہوجاتی ہے (تصلب[۱]) ہڈی کے خانوں اور نالیوں میں ہڈی کا مادہ (مادہ
عظمیہ) بھر جاتا ہے۔ حتی کہ گودے کا جوف (تجویف مخی) بھی بھر کر بند
ہوجاتا ہے۔ اور ہڈی کا حجم اور اسکا وزن بڑھ جاتا ہے۔ گاہے ہڈی کی
بیرونی سطح کھردری ہوجاتی ہے۔ مگر تا زیست تشخیص مرض دشوار ہوتی ہے
لیکن اسکو زیادہ اہمیت بھی نہیں ہے۔ کیونکہ یہ ایک مرض مزمن ہے
اور اس میں صرف ورم مزمن کا علاج کرنا پڑتا ہے +

علاج۔ عام بدنی صحت کی اصلاح کے لئے آب و ہوا تبدیل
کرائیں۔ مقویات اور معدلات استعمال کرائیں، شخاریہ بنفش آمیز[۲] ایک
ایک یا ڈیڑھ ڈیڑھ رتی کی مقدار میں عشبہ[۳] کے ہمراہ دیں، اگر درد موقوف
نہ ہو تو جونکیں لگائیں، اور تکمید کریں (تکمید کریں) اگر مرض زیادہ مزمن
ہوتو کی (داغنا) واحراق (جلانا) کے لئے صبغ بنفشین اور کادیات لگائیں
اگر ہڈی میں پیپ پڑجائے، تو مثقب[۴] (برما) یا مثقب منشاری[۵]
(حلقہ نما آری ہڈی کاٹنے کے لئے) کے ذریعہ سوراخ کرکے پیپ کو

[۱] اسکلے روسس +
[۲] سارساپریلا +
[۳] ٹنکچر آیوڈین +
[۴] بلسٹر +
[۵] ٹری فائن +

خارج کریں۔ گا ہے اس مرض میں بھی ہڈی کاٹ کر الگ کی جاتی ہے
جیسا کہ ورم حادیں کیا جاتا ہے +

ہڈی کا پھوڑا۔ خُراج العظم

اس مرض کا وقوع شاذ و نادر ہے + اور جب ہوتا ہے تو اکثر مزمن شکل میں ہوتا ہے، جو دراصل ہڈی کے التہاب کا نتیجہ ہوا کرتا ہے۔ ہڈی کے خانوں میں، اور علی الخصوص پنڈلی کی ہڈی (قصبہ کبری) میں پیپ بھر جاتی ہے، یہ پیپ ایک تھیلی کے اندر ہوتی ہے۔ گلی ہوئی ہڈی کے ٹکڑے گاہے پیپ میں پائے جاتے ہیں + اور گاہے کوئی دانہ پنیر کا سا اس میں پایا جاتا ہے +

علامات:۔ اس مرض کی کامل تشخیص بغیر دستکاری کے بہت دشوار ہے۔ لیکن اگر ہڈی کے ورم و التہاب کی علامتیں دور نہوں، اور تنائی درد ہڈی کے کسی خاص مقام پر زیادہ ہو۔ جو شب کے وقت ترقی پکڑتا ہو، اور دوا ر د علاج سے افاقہ نہ ہو، یا درد کچھ عرصہ وقفہ دیکر دوبارہ نمایاں ہو تو اس سے ایک حد تک پتہ چلتا ہے کہ ہڈی کے اندر پیپ جمع ہو گئی ہے۔ اس مقام کی جلد بھی بعض اوقات متورم اور سُرخ ہو جاتی ہے +

علاج:۔ جب مذکورہ بالا قرائن سے پتہ چل جائے کہ ہڈی میں پھوڑا ہے۔ تو مقام ورم کی ہڈی کو چاقو کی مدد سے جلد اور گوشت وغیرہ سے خالی کر دیں۔ اور درد و ورم کے مقام پر منقب[1] منشاری سے

---

[1] بون ایب سس

سوراخ کریں، یہ آلہ چھوٹا سا ہونا چاہیے، تاکہ ضرورت کے وقت ایک سے زیادہ سوراخ کئے جاسکیں، مواد اندر سے خالی کرکے اُس جوف کو صاف کیا جائے۔ اور اسکے اندر روغن سے تر کیا ہوا لنٹ[1] لہ بھر دیا جائے + اور بعض لوگ اسکے اندر خارصینی خضر آمیز بھرتے ہیں اسکے بعد مانع عفونت اساوہ (مرہم پٹی کرنا) عمل میں لایا جائے + یہ پھوڑا انگور سے بھرتا ہے + اس عملیت (دستکاری) میں شگاف گاہے صلیبی کیا جاتا ہے۔ اور گاہے بشکل مثلث ترچھا (× یا ۸)+

التہاب مخ العظم۔ ہڈیوں کے گودے کا ورم

بعض لوگ اسکا نام "ہڈی کا پھیلا ہوا پھوڑا"، (خراج منتشر عظمی) رکھتے ہیں + لمبی ہڈیوں کی گودہ والی نالی (تجویف مخی۔ تجویف نقوی) میں ورم ہوتا ہے۔ جہاں پیپ بنکر پوری ہڈی میں پھیل جاتی ہے۔

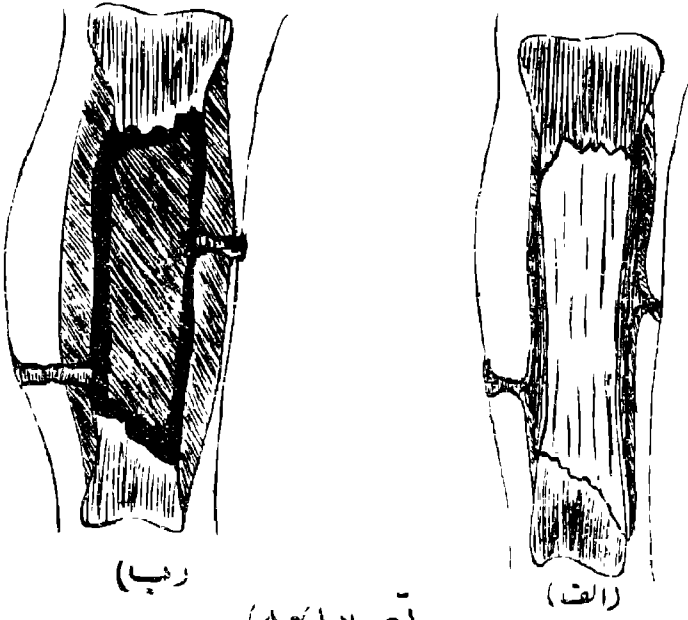
یہ مرض اکثر گرم ممالک (اقالیم حارّہ) سخت چوٹ لگنے عضو کے قطع کرنے (بتر)، کسر مضاعف ہونے، اور ہڈیوں میں دستکاری کرنے کے بعد فاسد مواد (مواد عفونت) کے داخل ہونے سے واقع ہوتا ہے۔ گاہے سردی لگنے، اور عضو کے کچل جانے کے بعد (جبیں کوئی بیرونی زخم نہ ہو) بھی نمودار ہوتا ہے + اس مرض میں ہڈی کی بیرونی جھلی سُرخ ہوتی ہے، اور اندرونی جھلی نرم اور متورم ہوتی ہے۔ ہڈی کی گودہ والی نالی میں پیپ اور سُرخی مائل رطوبت پائی جاتی ہے۔ ہڈی کے بوسیدہ اور گلے سڑے ٹکڑے ریم میں ملے ہوئے پائے

---

[1] لنٹ + [2] کلورائڈ آف زنک + [3] آسٹیو مائی لائٹس +

(ب)

(الف)

تصویر (۷۴)

موت العظم جو التہاب مخ العظم حاد کے بعد پیدا ہو گیا ہے

(الف) ابتدائی درجہ میں ہے، جو گو اوپر اور نیچے کی طرف ہڈی کی تندرست ساخت سے اپنا سلسلہ ملائے ہوئے ہے۔ مگر اسکا جوف غشار العظم سے گھرا ہوا ہے، اور بذریعہ دو ناصوروں کے باہر سے علاقہ رکھتا ہے۔

(ب) بعد کا درجہ ہے، جس میں مردہ حصہ ڈھیلا ہو کر جدا ہو گیا ہے، اور باقیماندہ بوف انگوری ساخت سے گھر گیا ہے، جس کے چاروں طرف نئی ہڈی کا ایک غلاف بن گیا ہے۔ لیکن دونوں ناصور بدستور قائم ہیں۔

جاتے ہیں، گاہے پیپ کا رنگ سیاہ، اور بو سخت متعفن ہوتی ہے۔
اس مرض میں موت دو طور پر آتی ہے۔ قوتوں کے تدریجی انحطاط
سے۔ یا تقیح دم (خون میں پیپ کے داخل ہو جانے) اور اس کے
اثرات و نتائج سے ✦

علامات:۔ کسی عملیت جراحیہ (دستکاری) یا چوٹ لگنے کے بعد
اگر مریض کو لرزہ کے ساتھ بخار آئے۔ ماؤف ہڈی میں درد ہو، اور وہ
عضو متورم ہو جائے، تو اس مرض کا اشتباہ بقرینہ غالب ہو جاتا ہے۔
اگر عضو کے الگ کرنے کے بعد یہ صورت واقع ہوتی ہے۔ تو ہڈی کا
سرا باہر نکل آتا ہے۔ ہڈی کی جھلی الگ ہو جاتی ہے، اور اگر مرض ترقی
پذیر ہو جائے۔ تو ساری ہڈی مع اپنے سروں (کر دوس) کے مردہ
ہو کر نکل آتی ہے۔ یا وہیں مردہ ہو کر قائم رہتی ہے، ہڈی کی نالی (تجویف
مخی) پیپ سے بھر جاتی ہے، حتیٰ کہ گاہے یہ پیپ ہڈی کی وریدوں
کے اندر داخل ہو کر خون کو متقیح (پیپ سے آلودہ) کر دیتی ہے۔ اس
وقت بدن کی حرارت تقریباً ۱۰۳ درجہ ہوتی ہے ✦

علاج:۔ مقوی غذائیں اور دوائیں بدنی قوتوں کے قائم رکھنے
اور قوت مناعت کو بڑھانے کے لئے دیں، مناسب دستکاری
کرنے کے بعد گودے کی نالی کو ملعقہ[1] (چمچی) سے صاف کریں۔ اور زخم
کے اندر نل نفشتی[2] داخل کریں۔ جہاں تک ممکن ہو، مرہم پٹی میں صفائی
و پاکیزگی کی رعایت رکھیں، یہ بوسیدہ ہڈی گاہے خود بخود الگ ہو جاتی
ہے۔ اور گاہے اسے عمل بتر کے ذریعہ الگ کرنا پڑتا ہے ✦

---

[1] اسپون ✦ [2] آئیوڈوفارم ✦

التہاب یسنج شبکی

یعنی ہڈی کی خانہ دار ساخت (یسنج شبکی[۱]) میں ورم کا ہونا۔ اسکی قسمیں بھی ورم غشار العظم کے مانند ہیں۔ یہ جب ہڈیوں کے سروں (کرڈوس[۲]) میں ہوتا ہے، تو اسے ورم کرڈوسی کہتے ہیں +

علاج:- اسکا علاج ورم العظم اور ورم غشار العظم کے مانند ہے۔ کھرچ کر بوسیدہ ہڈی کو صاف کریں۔ اسکے بعد مانع عفونت سادہ (مرہم پٹی) عمل میں لائیں +

سلعہ عظمیہ[۳] - ہڈی کی رسولی

اس مرض میں ہڈی لمبائی یا چوڑائی میں بڑھ جاتی ہے۔ اور گاہے گول یا چپٹی سی بلندی کسی ہڈی پر پیدا ہو جاتی ہے۔ اس میں زیادہ تر بازو، ران، اور پنڈلی کی بڑی ہڈی (قصبۂ کبریٰ) مبتلا ہوتی ہے۔ اس مرض میں درد نہیں ہوتا ہے۔ لیکن جب یہ رسولیاں بہت بڑھ جاتی ہیں تو دوسرے اعضاء پر دباؤ ڈالکر درد بھی ہو سکتا ہے اور عضو ماؤف کے افعال میں خلل آجاتا ہے +

اسباب:- چوٹ لگنا، ہڈی کا دب جانا۔ کثرتِ حرکت سے استخوانی مادہ کا پھٹ جانا، اسکے اسباب ہوتے ہیں، لیکن گاہے نامعلوم طور پر بلا کسی نمایاں سبب کے یہ مرض ہو جاتا ہے +

[۱] کن سے لس ٹشو +
[۲] اپی فیسیز +
[۳] اپی فی سائی ٹس +
[۴] اگزاسٹوسس +

اقسام۔ اسکی دو قسمیں ہیں :- (۱) سخت، جسکی ساخت میں ہاتھی
دانت کی ساخت کے مانند مسامات اور جالیاں نہیں ہوتیں۔ اسکو
سلعہ عظمیہ عاجیہ کہتے ہیں (عاج۔ ہاتھی دانت) + یہ عظام مسطحہ یعنے
چپٹی ہڈیوں اور فک اسفل میں ہوتی ہے۔ اور لیفی ساخت سے بنتی
ہے۔ (۲) نرم جسکی ساخت اسفنج کی طرح خانہ دار ہوتی ہے۔ یہ رسولیاں
اکثر لمبی ہڈی ہوتی ہیں۔ اور ایک سے زیادہ پائی جاتی ہیں۔ ان کی جڑیں
پتلی ہوتی ہیں۔ انکو سلعۂ عظمیہ اسفنجیہ کہتے ہیں + یہ موروثی ہوتی ہیں
اور کرکری سے بنتی ہیں۔ اور گاہے ایک ہڈی سے دوسری ہڈی پر
پھیل جاتی ہیں +

علامات :- اوائل میں محض ورم (سوجن) کی سختی ٹٹولنے سے
محسوس ہوتی ہے۔ اسکے بعد دوسری ساختوں پر دباؤ ڈالکر مختلف
امراض پیدا کر دیتی ہے۔ گاہے جلد میں ورم و التہاب ہو جاتا ہے۔
اسکے دباؤ سے کسی دوسرے عضو کے فعل میں خرابی آجاتی ہے
مثلاً آنکھ کے ڈھیلے کا ابھر آنا، دوران خون میں رکاوٹ ڈالنا،
عضلات و مفاصل کی حرکات میں اٹکاؤ پیدا کرنا وغیرہ، غرض درد
وغیرہ اگر ظاہر ہوتا ہے، تو محض اس وجہ سے کہ اسکا دباؤ دوسرے
اعضاء پر پڑتا ہے +

علاج :- ابتدا میں شخارینہ بنفشہ آمیز کا اندرونی استعمال
کریں، اسکے ساتھ ہی خارجی طور پر صبغ بنفشین لگائیں، اور مرہم
زیبق دپارہ کا مرہم) کی مالش کریں۔ تاکہ وہ جذب ہو کر تحلیل ہو جائے

آئیوڈائیڈ آف پوٹاسیم + ؎ مرکیوریل آئنٹمنٹ + ؎ آئوڈین اگزاسٹس +

اگر یہ علاج کارگر نہو تو منشار (آری) یا ازمیل[1] (چھینی) یا مقراض عظمی (ہڈی کاٹنے کی قینچی) یا منشار سلسلی[2] (زنجیر کی آری) وغیرہ کے ذریعہ ہڈی کو کاٹ کر الگ کر دیں +

منشار سلسلی مخصوص قسم کی آری ہے۔ جس کے دندانے ایک زنجیر کی لڑی میں گڑے ہوتے ہیں +

اگر رسولی پھیلی ہوئی اور چپٹی سی ہو تو صرف ہڈی کی جھلی کو کھرچ کر اوتار دیں۔ اس سے ہڈی خود مردہ ہو کر جدا ہو جائیگی + اگر کل رسولی نہ نکل سکے۔ اور جڑ باقی رہجائے۔ جس سے بڑھنے اور دوبارہ عود کرنے کا اندیشہ ہوتا ہے، تو داغنے کے لئے تیزاب شورہ یا شخار کاوی[3] لگائیں + مگر ان عملیات میں بہت حزم و احتیاط برتیں ورنہ ممکن ہے کہ انکے بعد ہڈی میں ورم، تاکل (گل جانا) پیدا ہو جائے یا پیپ پڑ جائے۔ بعض مقامات ایسے بھی ہیں جہاں عملی دستکاری بالکل ممکن نہیں، مثلاً ریڑھ کے مہرے۔ برعکس اس کے بعض صورتوں میں پورے عضو کو بتر کے ذریعہ الگ کرنا پڑ جاتا ہے +

گاہے عضلات اور رنسوں کے اختتامی سرے بعض پرندوں کی طرح انسان میں بھی ہڈی میں تبدیل ہو جاتے ہیں، جس سے ہڈی کے بہت سے اُبھار، علی الخصوص جوڑوں کے قریب پیدا ہو جاتے ہیں، اس سے مریض کو اُس وقت تک کوئی تکلیف نہیں پہونچتی ہے، جب تک وہ بلندیاں زیادہ دراز نہ ہو جائیں یا جب تک عضلی ساخت بھی ہڈی

---

[1] گاؤج +

[2] بون فارسیپس +

[3] جین سا +

[4] کاسٹک پوٹاش +

ہیں تبدیل نہ ہو جائے، جیسا کہ دیکھا گیا ہے کہ بعض مرتبہ کندھے کے سارے عضلات اس طرح ہڈی میں تبدیل ہو گئے ہیں کہ جوڑ کا ہلانا محال ہے۔ اس مرض کا کوئی علاج نہیں (مصباح) +

ہنسلی کی ہڈی (ترقوہ) کا ابھار (رسولی) جو بچوں میں گاہے ہو جاتا ہے۔ وہ اکثر اوقات بغیر کسی علاج کے خود بخود جاتا رہتا ہے (مصباح) +

کساحت

مرض کساح[1] یا کساحت، یہ خون کی ترکیب کی خرابی ہے، جو گاہے موروثی ہوتی ہے، اور گاہے اصول حفظان کی عدم پابندی (خصوصاً تازہ اور صاف ہوا اور روشنی کے نہ ملنے اور فساد اغذیہ) سے حاصل ہوتی ہے۔ اکثر یہ مرض بچوں میں ہوتا ہے۔ اور اکثر مرض خنازیر کے ساتھ ہوتا ہے۔ اس مرض میں ہڈیاں نرم ہو جاتی ہیں، اور ان کی ساخت غضروفی (کری کی) ساخت سے مشابہ ہو جاتی ہے۔ ہڈیاں بغیر ٹوٹے ہوئے مڑ جاتی اور ٹیڑھی ہو جاتی ہیں۔ گاہے ہڈیوں کی لمبائی نہیں بڑھتی۔ چاقو سے یہ ہڈیاں بہ آسانی کٹ جاتی ہیں۔ گاہے یہ مرض ایک ساتھ بہت سی ہڈیوں میں ہو جاتا ہے اور گاہے چند میں +

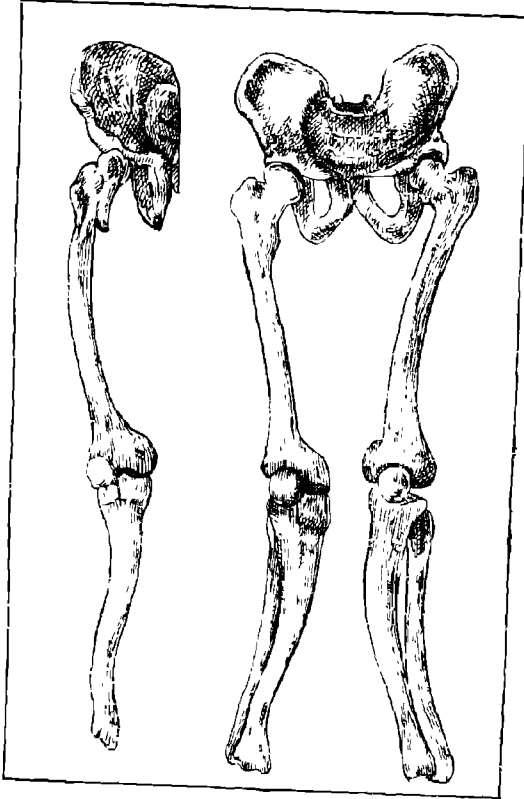
جو ہڈیاں اس مرض میں مبتلا ہوتی ہیں، وہ بلحاظ ساخت کے بظاہر تندرست معلوم ہوتی ہیں۔ مگر ان کے اندر اجزا ارضیہ (عناصر ارضیہ۔ املاح ترابیہ) کم ہوتے ہیں۔ ان ہڈیوں کے سرے (زوائد مفصلیہ۔ کرُدوس) جنکی ساخت مشاشی اور اسفنجی ہوتی ہے، ہڈیونکے

[1] رکیٹس +

جسم سے بڑے ہوتے ہیں۔ اور ان کے جسم بدن کے بوجھ کے اٹھانے پر قادر نہیں ہوتے، اسلئے وہ کم و بیش مڑ جاتے ہیں +

جب مرض خفیف ہوتا ہے تو ٹخنے پھر جاتے ہیں، اور ٹانگیں مڑ جاتی ہیں + جب مرض بہت شدید ہوتا ہے۔ تو بچہ کوتاہ قد ہو جاتا ہے، سر بڑا ہو جاتا ہے، پیشانی ابھر آتی ہے، سر کے دونوں تالو (یا فوخ مقدم و مؤخر) بہت دیر میں بھرتے ہیں، چہرہ چھوٹا سا مثلث شکل کا معلوم ہوتا ہے، ٹھوڑی ابھر کر نکل آتی ہے، پیٹھ کبڑی ہو جاتی ہے (حدبہ مؤخر) یا ریڑھ کسی ایک پہلو کو بل کھا جاتی ہے (التوار الصلب) بچہ کی شکل بے ڈول سی ہو جاتی ہے، گاہے سینہ سامنے کو ابھر آتا ہے (تقصع) سینہ میں تنگی آجاتی ہے، جوف عانہ کی ہڈیاں طبعی طور پر دوسری ہڈیوں کی طرح سرعت سے نہیں بڑھتی ہیں، یا بیقاعدگی کے ساتھ بڑھتی ہیں، جس سے عانہ کا قطر چھوٹا رہ جاتا ہے، جب یہ حالت عورتوں میں پیدا ہوتی ہے، تو ولادت میں دشواری پیش آتی، یا قطعی محال ہو جاتی ہے +۔ دانت دیر سے نکلتے ہیں، گاہے کڑی پر گول گول گانٹھیں پائی جاتی ہیں۔ ہاتھ پاؤں کمان کی طرح ٹیڑھے ہو جاتے ہیں۔ گاہے دماغ کے اندر سفید مادہ کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے، اور دماغی علامتیں بھی بعض اوقات مرتے وقت پیدا ہو جاتی ہیں +

یہ مرض عموماً نادار، ضعیفوں اور بوڑھوں کی اولاد میں نظر آتا ہے، اور دو سال کی عمر سے دس بارہ سال تک پایا جاتا ہے +

اوائل مرض میں رات کے وقت سر پر بہت پسینہ آتا ہے، اور شب کے وقت بچہ کھلے رہنے کی کوشش کرتا اور لحاف و کمبل وغیرہ

تصویر (۵۵)

مرض کساحت میں عظام عانہ اور ٹانگ کی ہڈیاں

بائیں طرف کی تصویر میں سامنے کا رُخ دکھلایا گیا ہے، تاکہ پہلوی خمیدگی کا اندازہ کیا جاسکے، اور بائیں طرف کی تصویر میں پہلوی رُخ دکھلایا گیا ہے، تاکہ اگلی پچھلی خمیدگی کا اندازہ کیا جاسکے۔

کو پھینک دیتا ہے، اور تمام بدن کی جلد میں درد کی شکایت کرتا ہے +
اگر بچہ شدتِ مرض سے بہت جلد ہلاک نہ ہو جائے، یا کسی بچپن کی کسی دوسری بیماری میں مبتلا نہ ہو جائے، اور بچہ جوانی اور بلوغت کی عمر تک پہونچ جائے، تو عام طور پر اسکی ہڈیاں سخت ہونے لگتی ہیں، اور انہیں مواد ارضیہ اضافہ ہونے لگتے ہیں، یہ بھی قوتِ مدبر بدن (طبیعت) کا ایک قدرتی مظاہرہ ہے کہ وہ طبعی طور پر حفاظتِ بدنی کے فرائض انجام دینے میں غافل نہیں رہتی، اور اعضار کو زیادہ مڑنے اور ان کے طبعی وظائف کے زیادہ معطل ہونے سے روکتی ہے +

علاج:- بدنی تقویت کی غرض سے صاف ہوا میں ریاضت (از قسم سیر و تفریح و ہوا خوری) کرائیں۔ اچھی غذائیں دیں، مثلاً گوشت روغن ماہی اور دودھ وغیرہ کھلائیں، روشن اور ہوادار مکان میں اسکا مسکن بنائیں، مقوی ادویہ مثلاً مرکبات فولاد وبرکت[1] اور وہ دوائیں استعمال کرائیں جو ختنازیر کے لئے مفید ہیں۔ کلس[2] نورآگین بھی کئی طور پر دیا جاتا ہے۔ اور مفید نتیجہ بخشتا ہے +

(۱) نسخہ کلس نورآگین۔ برادہ دندان فیل ۱۰۰ ماشہ لیکر دس دقیقہ (منٹ) تک پانی میں جوش دیں۔ پھر اسکا پانی چھلنی سے چھان لیں، جب اچھی طرح رس جائے، تو دوبارہ برادہ کو پھر پانی میں یہانتک جوش دیں کہ ہلام نکل آئے، اور برادہ اسقدر گھل جائے کہ وہ دانتوں سے چبایا جاسکے۔ مزے کے لئے اس ہلام میں آبِ لیموں۔ شکر اور کوئی خوشبودار عرق (مثلاً گلاب

۱۔ سنکونا بارک +	۲۔ کیلشیم فاسفیٹ +

یا کیوڑہ) وغیرہ شامل کردیں + ہلام کے ساتھ برادہ کو بھی کھالینا چاہیئے +

دیگر۔ برادۂ دندان فیل یا ہڈی کے ٹکڑوں کو اسقدر جلائیں کہ اسکا مادہ حیوانیہ فنا ہو جائے، پھر اسے حامض مائیو خضری[۵۱] مخفف (ہلکا تیزاب نمک) میں حل کریں۔ پھر نوشادر[۵۲] کے ذریعہ سے نور آگین[۵۳] اجزار کو بطور رسوب کے تہ نشین کریں، اور دھوکر اسی مذکورہ بالا تیزاب میں حل کریں + خوراک دس قطرہ سے ۳۰ تک +

اگر جراح کے پاس کوئی ایسا بچہ لایا جائے، جسکے ہاتھ پاؤں ٹیڑھے ہوں، تو اُسے اس امر کی تحقیق کرنی چاہیئے کہ آیا یہ عیب محض جوڑ کے ڈھیلے ہونے سے پیدا ہوا ہے، یا بذات خاص ہڈیوں کے خمیدہ ہونے سے + اگر ہڈیاں ٹیڑھی پائی جائیں تو ہرگز یہ امید نہ کرنی چاہیئے کہ یہ خود بخود سیدھی ہو جائیں گی۔ جیسا کہ عوام الناس، بلکہ بعض اطبا بھی ایسا خیال کرتے ہیں + بلکہ امتداد زمانہ سے یہ عیب روز افزوں ترقی پذیر ہی ہوتا جائیگا + اسی لئے اگر یہ مرض پاؤں کی ہڈیوں میں ہو تو جراح کے لئے مناسب ہے کہ بعجلت تمام، بلا تاخیر و تعویق۔ پاؤں کے اندر اور باہر تختیاں (جبائر) رکھکر پٹیوں سے باندھ دے۔ تاکہ ٹیڑھی ہڈیاں دباؤ سے کھنچکر سیدھی ہو جائیں، اور روزانہ انہیں کھولکر پاؤں کی جلد گرم پانی سے دھوئی جائے، اور کھردرے رومال سے مالش

---

[۵۱] ایسڈ ہائیڈروکلورک ڈائیلوٹ +

[۵۲] ایمونیا +

[۵۳] فاسفیٹس +

کی جائے + جب تک بچہ کے پاؤں میں کافی قوت نہ آجائے، اُس وقت تک اُسکو زمین پر چلنے پھرنے کے لئے نہ اُتاریں۔کیونکہ بچہ بہت جلد چلنا ازسرنو سیکھ لیتا ہے + دودھ کے ساتھ چونے کا پانی دینا بھی مناسب ہے +

اور اگر عیب محض جوڑ کے ڈھیلے ہونے کی وجہ سے ہو تو مقوی اغذیہ وادویہ دیں، اور پاؤں کی مالش کریں +

اگر ہڈی کا عیب عرصہ تک قائم رہے، اور اسقدر زیادہ ہو کہ چلنے پھرنے میں دشواری ہو، اور ہڈی بھی سخت ہوگئی ہو، تو ایسے موقعہ پر مناسب ہے کہ ہڈی کو ازسرنو توڑ کر سیدھا بٹھایا جائے اور اُسے جڑنے دیا جائے + اور اگر یہ ممکن نہو تو جلد اور نرم اجزا کو چیر کر بل کھائی ہوئی ہڈی کو کھولیں، اور آری سے کاٹ کر زخم کو بھرنے دیں۔اگر زخم بہ قصد اوّل بھر جائے، تو علاج کو بدستور جاری رکھیں، ورنہ کسر مضاعف کے مانند علاج کریں +

رخاوۃ العظام۔ہڈیوں کا نرم ہو جانا

یہ مرض عام طور پر بوڑھی عورتوں کو لاحق ہوتا ہے، اس میں شدید احتقان دموی کی وجہ سے ہڈی نرم و نازک ہو جاتی ہے، اجزاء ارضیہ (عناصر ترابیہ) ہڈی میں کم ہو جاتے ہیں، اور چربی زیادہ ہو جاتی ہے۔کچھ عرصہ کے بعد ہڈی اسقدر ملائم ہو جاتی ہے کہ وہ چاقو سے تراشی جاسکتی ہے۔جب ہڈی کاٹ کر دیکھی جاتی ہے تو

[1] ہیلنگ بائی فرسٹ انٹن شن +	[2] مولی شیز آشیم آسیٹو میلے شیا +

ہڈی کی ساخت (نسیج عظمی) باریک ملتی ہے، اور گودہ کی نالی (تجویف مخی۔ تجویف نقوی) کے اندر سیلا گاڑھا سیال ملتا ہے، جسکا رنگ وریدی خون کے مانند سُرخ، یا جگر کے رنگ سے کسی قدر ہلکا ہوتا ہے اگر خوردبین سے امتحان کیا جائے تو جالیدار نالیاں (مجاری متشبکہ) کشادہ ملتی ہیں۔ اور خانے کم ہوتے ہیں + اور یہ بھی ثابت ہوتا ہے کہ سیال مذکور کے رنگ کا تعلق روغنی دانوں، اور خون کے رنگنے والے مادہ (مادہ ملونہ۔ مادہ صباغیہ) سے ہے۔ جب یہ مرض اپنے آخری درجہ تک پہونچ جاتا ہے، تو گا ہے بجائے ہڈی کے صرف جھلی باقی رہجاتی ہے، جس کے اندر شحمی مادہ جگر کے رنگ کا بھرا ہوا ملتا ہے + یہ مرض عام طور پر بدن کی تمام ہڈیوں میں عام ہوتا ہے، اور عورتوں میں خصوصیت کے ساتھ جوف عانہ کی ہڈیاں زیادہ شدت سے مبتلا ہوتی ہیں +

عوارض۔ اسکے عوارض اس طرح شروع ہوتے ہیں کہ پہلے عام بدنی صحت خراب ہوجاتی ہے، ہڈیوں میں شدید درد ہوتا ہے، نقاہت بڑھ جاتی ہے۔ پسینہ کثرت سے آتا ہے، ہڈیاں ادنی اسباب سے ٹوٹ جاتی ہیں۔ جو بہت تھوڑی مدت میں گا ہے جڑ جاتی ہیں، لیکن اسکے بعد بعیر معمولی اسباب سے ٹوٹ جاتی ہیں، مریض بہت جلد کمزور ہوکر صاحب فراش بن جاتا ہے، بتدریج ہڈیاں مڑنے اور ٹوٹنے لگتی ہیں۔ پسلیاں اور سینہ کی ہڈیاں کچھ عجیب وغریب طور پر ٹیڑھی ہوجاتی ہیں، یہاں تک کہ پھیپھڑوں کے طبعی فعل کے بند ہوجانے، اور قوای حیوانیہ کے ختم ہوجانے سے مریض ہلاک ہوجاتا ہے +

عورتوں میں کولھے کی ہڈی گاہے ٹیڑھی ہوجاتی ہے۔ جس سے بچہ جننے میں سخت دشواری لاحق ہوتی ہے، قارورہ میں کلس نور آگین زیادہ پایا جاتا ہے۔ یہ مرض وجع مفاصل (حدار) کی وجہ سے بسا اوقات ہوتا ہے +

اسباب:۔ اس مرض کے اصلی اسباب نامعلوم سے ہیں، لیکن یہ ایک قسم کی طبعی کمزوری ہے +

علاج:۔ کوئی خاص علاج اس مرض کے لئے نہیں ہے، ہاں عام صحت درست کرنے کے لئے اغذیہ وادویہ مقویہ استعمال کرائیں درد میں تسکین دینے کی کوشش کریں۔ مگر چونے کے مرکبات اس میں استعمال نہ کریں +

ورم غشاء العظم۔ ہڈی کی جھلی کا ورم

(التہاب الضریع۔ التہاب السمحاق) یہ عموماً ایسی ہڈیوں میں پیدا ہوتا ہے جو صرف جلد سے پوشیدہ ہیں، مثلاً پنڈلی کی ہڈی (قصبۂ کبریٰ) ہنسلی کی ہڈی (ترقوہ) زند اسفل یعنی کلائی کی زیرین ہڈی اور سر کی ہڈیاں وغیرہ +

اسباب:۔ اسکے بڑے اسباب تین ہیں۔

۱۔ آتشک (افرنجی) اس میں بیضوی شکل کے نہایت حساس اُبھار بن جاتے ہیں۔ جنکو عقد[2] (گرہیں) کہتے ہیں، ان اُبھاروں کے پیدا ہونے کی صورت یہ ہوتی ہے کہ خون کی مائیت اور مصل[1] ہڈی کی

---

[1] باصطلاح جدید +

[2] نوڈز +

جھلی اور ہڈی کے درمیان مترشح ہوکر ابھار کی شکل میں تبدیل ہوجاتے ہیں +

۲- حدار یعنی گٹھیا- علی الخصوص اُن مریضوں میں جو سیماب کے مرکبات بکثرت استعمال کرتے ہیں +

۳- خنازیر-

پہلی دونوں قسموں میں جو ورم (التہاب) ہوتا ہے، اس میں ماؤف ہڈیوں کی پوری (محیط) جھلی پھول جاتی ہے- لیکن خنازیر میں یہ مرض زیادہ تر بچوں کو ہوتا ہے- اور اسکے ساتھ شدید درد نہیں ہوتا اس میں اکثر چھوٹی ہڈیاں مبتلا ہوتی ہیں +

ان تینوں اسباب کے علاوہ ضرب وغیرہ سے بھی گاہے یہ مرض ہوجاتا ہے + اسکے اندر مختلف اقسام کے جراثیم امتحان کے بعد ثابت ہوتے ہیں +

یہ ورم حاد اور مزمن دونوں قسم کا ہوتا ہے- گاہے مقامی اور محدود ہوتا ہے، اور گاہے پھیلا ہوا +

جب یہ مرض حاد ہوتا ہے، یا جب اسکا مناسب علاج نہیں کیا جاتا تو گاہے ورم متقیح (پیپ دار) ہوجاتا ہے، گاہے ہڈی سڑ جاتی ہے (نخر) +

ورنہ ہڈی کی ایک سطح پھول جاتی ہے، یا ہڈی کا مادہ ہڈی کی سطح پر جم جاتا ہے، اور جب یہ ورم جوڑ سے قریب واقع ہوتا ہے تو عام طور پر جوڑ کی بلغمی جھلی (غشاء زلالی) بھی مبتلا ہوجاتی ہے +

علاج :- جب یہ مرض حاد ہو تو جونکیں لگائیں، نطول استعمال

کریں، تنقیۂ معدہ و امعاء کے لئے ملین و مسہل دیں، سوتے وقت سفوف عرق الذہب مرکب کھلائیں۔ خمر کحلاح (شراب سورنجان) ۲۰ قطرہ، شخار بنفشہ آمیز ڈیڑھ رتی۔ پانی ایک اوقیہ۔ ہر چھ گھنٹے کے بعد دیں۔ اگر مرض آتشک سے یہ مرض ہو تو شدید عوارض کے دور ہونے کے بعد سیماب کے مرکبات اور شخار بنفشہ آمیز کا استعمال کریں بشرطیکہ ان ادویہ کا استعمال پہلے نہ کیا گیا ہو۔

اگر مرض مزمن شکل کا ہو تو مزمن ورم عظمی کے مانند علاج کریں۔ آلام لیلیہ (شب کے وقت کے دردوں) کے لئے بہترین تدبیر یہ ہے کہ جونکیں لگائیں، بار بار اور پے در پے حراریق رکھے۔ داغ۔ جلانا) استعمال کریں، صبغ بنفشین طلا کریں۔ جس سے افاقہ درد کے علاوہ ورم بھی تحلیل ہوتا ہے۔ گا ہے تسکین درد کے لئے افیون اور کنہ بھی کھلائی جاتی ہے۔ صبغ تفاح کے لگانے سے بھی درد میں افاقہ ہو جایا کرتا ہے۔

اگر ہڈی اور جھلی کے درمیان رطوبت موجود ہو، اور مذکورہ بالا علاج سے افاقہ نہ ہوا ہو تو بذریعہ لمبے چاقو کے۔ جسکا پھل پتلا سا ہو، جلد کے نیچے شگاف دیکر اُسے بہائیں۔ تاکہ دباؤ کم ہو جائے۔ اور تنی ہوئی رگوں سے خون نکل جائے۔ گا ہے ہڈی کو کاٹنا بھی پڑتا ہے اگر یہ مرض خنازیر کے مادہ سے ہو تو اس مخصوص مرض کی بھی رعایت رکھیں۔

---

۵۱ ڈوورس پاؤڈر	۵۳ ٹنکچر آیوڈین
۵۲ وائنم کاپچی سالی	۵۴ ٹنکچر بلاڈونا

رمّہ۔ موتُ العظام

(ہڈی کا مُردہ ہوجانا) اس سے مراد یہ ہے کہ ہڈی کا بہت بڑا یا وسیع حصہ مردہ ہوجا ئے۔ مثلاً لمبی ہڈیوں کے جسم کا ایک کافی حصہ مبتلا ہوجائے۔ یا چھوٹی ہڈیوں کا جسم مردہ ہوجائے، گاہے لمبی ہڈیوں کے خانہ دار سِرے میں بھی یہ مرض ہوتا ہے + یہ ایک مقامی مرض ہے۔ برخلاف ازیں مرض نخر العظام (جسکا ذکر اسکے بعد آنے والا ہے) خون کا مرض ہے + اس مرض میں ہڈی کا نا نغرانا بھی شامل ہے۔ جس میں ہڈی کا بوسیدہ ٹکڑا ہڈی کے چوڑے غلاف (غمد عظمی) کے اندر پایا جاتا ہے +

جب ہڈی کا کوئی سطحی طبقہ مردہ ہوتا ہے، تو اسے ممتاز طور پر تَفَلُّس کہا جاتا ہے۔ اسکے لئے کوئی غلاف نہیں بنتا، جیسا کہ ابھی ذکر ہوا۔ مگر گاہے اسے رمّہ سطحیہ یا رمہ محیطیہ کہتے ہیں۔ اور جب ہڈی کا اندرونی طبقہ مردہ ہوتا ہے، جو نالی کے گرد ہوتا ہے، تو اسے رمّہ مرکزیہ کہا جاتا ہے۔ لیکن جب پوری ہڈی مردہ ہوجاتی ہے، تو اسے رمّہ کلیہ کہا جاتا ہے +

محل مرض۔ یہ مرض کثرت کے ساتھ ران کے زیریں حصے اور بازو کے بالائی حصے میں ہوتا ہے۔ لیکن ہاتھ پاؤں کی اکثر ہڈیوں،

ك۵ نکروسس +
ك۵ کیریز +
ك۵ اکس فولی ایشن +
ك۵ پیریفرل نکروسس +
ك۵ سنٹرل نکروسس +
ك۵ ٹوٹل نکروسس +

دھڑ اور سر کی اُن ہڈیوں میں بھی پایا جاتا ہے، جو سطح بدن سے قریب ہیں، مگر گہری ہڈیوں میں یہ مرض بہت کم پایا جاتا ہے۔ مثلاً صرف کھوپڑی کے تلہ اور چہرہ کی اندرونی ہڈیاں۔ ان میں مقابلۃً مرض نخر زیادہ ہوتا ہے

رمہ کے دو معنے ہیں (۱) ہڈی کا مردہ ہو جانا۔ (۲) ہڈی کا مردہ ٹکڑا۔ اس دوسرے معنے کے لئے لفظ رمیمہ مخصوص ہے +

ماہیت:۔ ہڈی کی جھلی ہڈی کے ساتھ مردہ نہیں ہوتی ہے اسلئے جب ہڈی جھلی سے الگ ہو جاتی ہے تو جھلی سے اور اردگرد کے نرم اجزا سے مائیہ[1] مترشح ہو کر ہڈی بن جاتی ہے۔ اور یہ نئی بنی ہوئی ہڈی زندہ ہڈی کے اجزا سے ملکر مردہ[2] حصہ (رمیمہ) کے گرد ایک غلاف (غمد) بنا دیتی ہے + اس مردہ ہڈی کے الگ ہونے کی کیفیت وہی ہے، جس طرح نرم اعضا کے مردہ حصے الگ ہو جاتے ہیں، فرق اگر ہے تو صرف یہ ہے کہ یہاں وقت زیادہ صرف ہوتا ہے اور التہاب کے عوارض زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ اس غلاف کے اندر لحمی دانے (حبیبات لحمیہ) پیدا ہو جاتے ہیں، جنکے سرے مردہ ہڈی کے جوہر کو آہستہ آہستہ جذب کرتے رہتے ہیں، حتیٰ کہ ایک عرصۂ دراز کے بعد ممکن ہے کہ سارا رمیمہ (مردہ حصہ) پیپ میں گھل جائے، اور مریض بغیر کسی دستکاری کے تندرست ہو جائے مگر یہ صورت بالکل نادر الوقوع ہے، اور اُسی وقت یہ ہو سکتا ہے، جبکہ رمیمہ چھوٹا ہو، اور مریض کی بدنی قوت اچھی اور کافی ہو + رمیمہ کھردرا ہوتا ہے، اس کے اندر بہت سی پستیاں اور چھید گھن لگی ہوئی لکڑی

[2] سی کوسٹرم ×	[1] لمف ×

کے مانند پائے جاتے ہیں، جو دراصل کمی دانوں کے فعل سے پیدا ہوتے ہیں۔ ہڈیوں کے سرے (کرددس) عموماً شریک مرض نہیں ہوتے ہیں۔ جب مردہ حصہ (رمہ) الگ ہو جاتا ہے، یا الگ کر لیا جاتا ہے، تو ہڈی کا نیا پوست (جو کہ مائیت سے بنتا ہے) ملکر اصلی ہڈی کی شکل قبول کر کے اُس کے فعل کو پورا کرنے لگتا ہے۔ جب تک مردہ ٹکڑا اندر پڑا رہتا ہے[1] اسی قدر غلاف (غمد) روز بروز زیادہ مستحکم ہوتا جاتا ہے۔ حتی کہ اسکی دبازت گاہے نصف قیراط تک پہونچ جاتی ہے ایسی حالت میں اسکے حجم اور وزن کے زیادہ ہو جانے کی وجہ سے خضو کی حرکات میں کم و بیش خلل آنے لگتا ہے +

گاہے غلاف مذکور رمیمہ کے صرف ایک طرف بنتا ہے، اور گاہے غلاف کا ایک سرا کمزور ہوتا ہے، جو عضلی دباؤ سے ٹوٹ جاتا ہے، یا رمیمہ کے نکالتے وقت وہ غلاف ہڈی سے الگ ہو جاتا ہے +

اسباب:- چوٹ لگنا، ہڈی کا ورم، ہڈی کی جھلی کا ورم بڑھا پایا، آتشک، حمی قرمزیہ، گٹھیا، ہڈی کی جھلی کا ہڈی سے جدا ہو جانا نورین کے بخارات کا لگنا، جب یہ مرض بچوں میں مرض خنازیر کے باعث ہوتا ہے، تو عموماً یہ ہڈی کی جھلی کے اور ہڈی کے گودہ کے ورم کا نتیجہ ہوا کرتا ہے + یعنی مرض خنازیر کے مادہ سے پہلے ہڈی کی جھلی یا گودہ میں ورم ہوتا ہے، اُسکے بعد ہڈی مردہ ہو جاتی ہے +

عوارض و علامات:- التہاب حاد کے بعد ہڈی میں ورم باقی رہتا ہے، اور وہ سطحی دہانے (سوراخ) بشکل ناصور قائم رہتے ہیں،

---

[1] اسکارلٹ فیور +

جس سے ابتداء میں پیپ خارج ہوئی تھی، جن میں سُرخ رنگ کے
حساس دانے (انگور) پیدا ہوجاتے ہیں۔ ان ناصوروں کا ایک سرا
جلد میں ہوتا ہے، اور دوسرا سرا ہڈی کے سوراخوں سے ملا ہوا ہوتا
ہے، جنکو کنا لف[1] کہا جاتا ہے۔ جب سلائی ان ناصوروں اور
تہ خانوں میں داخل کی جاتی ہے، تو مردہ ٹکڑہ غلاف کے اندر
محسوس ہوتا ہے، اور گاہے وہ ٹکڑا بالکل الگ ہوتا ہے جو بآسانی
حرکت بھی کرسکتا ہے۔ لیکن گاہے یہ چسپاں اور غیر متحرک ہوتا ہے +
گاہے اس مرض کی علامتیں بہت شدید ہوتی ہیں، جوڑ بھی شریک
مرض ہوتا ہے۔ اور پیپ کے ساتھ ہڈی کی کرچیں خارج ہوتی ہیں۔
اگر مردہ ٹکڑا بڑا ہوتا ہے، تو اندر ہی پھنس جاتا ہے، اور نئی ہڈی
(خول۔ غمد) کے اندر پڑا رہتا ہے؛ جب ہڈی کے ساتھ جھلی بھی مردہ
ہوکر الگ ہوجاتی ہے، تو ہڈی نئی نہیں بنتی، اسلئے شفاء وصحت کے
بعد وہ عضو کسی قدر چھوٹا ہوجاتا ہے +

علاج:۔ جس قدر جلد ممکن ہو، مردہ ہڈی (رمیمہ) کو نکال لیں کیونکہ
نیا غلاف اُسکے قائم مقام ہوجاتا ہے۔ اُسکے اندر چھوڑ دینے میں بعض
اوقات خون کے متعفن اور مسموم ہوجانے کا اندیشہ ہوتا ہے، یہ عمل
حالات کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ اگر بوسیدہ ہڈی (رمیمہ)
اپنے تہ خانہ سے باہر نکلی ہوئی ہو، اور پورے طور پر جدا ہو تو بلقط

[1] کلوای سی۔ کنا لف۔ کنیف کی جمع ہے۔ کنیف کے معنے "نہاں خانہ، چھپنے والا
اور کسی جگہ کی خلاء" (صراح) کنا لف کو قلیطارت بھی کہتے ہیں۔ (قلیط۔
تہ خانہ) +

(چمٹی) سے پکڑ کر کھینچ لیں۔ اگر مردہ ہڈی بڑی ہو، اور راستہ تنگ ہو
ہو تو دونوں ناصوروں کے درمیان کی ساخت اور جلد کو چیر کر ہڈی کو
کھول ڈالیں، اگر مردہ ہڈی غلاف کے اندر ہو تو آلہ ثقب[1] منشاری یا
مخصوص آری (منشار) سے کاٹ دیں، یا چھینی (منقر، ازمیل[2]) سے
سوراخ کریں۔ یا مقطع العظم[3] نامی آلہ سے کاٹ دیں۔ تاکہ مردہ ہڈی کو
اپنی جگہ سے نکالنا سہل ہو جائے + جب ایک سے زیادہ کہفے
(نہاں خانہ) ہوں تو ہڈی کے دہانہ کو ازمیل یا منقار (منقر، چھینی) سے
کشادہ کریں۔ پھر مردہ ٹکڑے کو مخصوص ملقط سے نکال لیں +

جب مردہ ٹکڑے کا نکالنا اس وجہ سے دشوار ہو کہ وہ زیادہ
لمبا ہو۔ یا وہ غلاف کے ساتھ چسپاں ہو تو مقطع العظم نامی آلہ سے
کاٹ کر یا منقار سے توڑ کر اس کے ٹکڑوں کو ایک ایک کر کے نکال لیں +

اس عمل میں جہاں تک ممکن ہو، نئی ہڈی کے غلاف اور ہڈی
کی جھلی کو کم زخمی کریں +

مردہ ہڈی کو نکالنے کے لئے شگاف ایسی جانب دیں جو بڑی
رگوں کی رفتار کے مخالف ہو، تاکہ چاقو یا ہڈی کی کرچوں سے وہ رگیں
زخمی نہ ہو جائیں، لیکن یہ تہ خانے بڑی رگوں کی راہ کے ہی قریب
ہوں، تو ایسی صورت میں ناچار شگاف رگوں کی رفتار کے مقابل دینا

---

[1] اس مقصد کے لئے خاص قسم کی چمٹی ہوتی ہے، جسکو ملقط رمتی (نکروسس فارسپس) کہتے ہیں +

[2] ٹری فائن +

[3] گاؤج +

[4] چیزل +

[5] بون کٹر +

پڑتا ہے۔ اور پوری احتیاط اور ہوشیاری سے کام لینا پڑتا ہے۔ تاکہ ہڈی تک پہونچنے اور نرم ساختوں کے کاٹنے میں کوئی بڑی رگ نہ کٹ جائے۔ پھر سیسہ یا تانبہ کے طبقہ سے رگوں کو بچاکر مردہ ہڈی نکال لی جائے +

اس عمل میں چونکہ بعض اوقات بہت زیادہ خون بہنے کا اندیشہ ہوتا ہے، اسلئے بعض ماہرین نے یہ بندوبست کیا ہے کہ دستکاری (عملیت) سے پہلے عضو کے دوران خون کو بند کر دیتے ہیں۔ اس کی ترکیب یہ ہے کہ پہلے عضو ماؤف کو لچکدار پٹی (عصابہ لدنہ)[۵۱] سے لپیٹیں یہ پٹی انگلیوں یا انگوٹھے سے شروع کی جاتی ہے۔ اور مقامِ مرض سے کچھ اوپر تک ختم کی جاتی ہے۔ جس سے وریدوں کا خون اوپر دوڑ جاتا ہے۔ اسکے بعد لچکدار ڈوری (حبل لدن)[۵۲] پٹی کے بالائی سرے پر، جو مقامِ مرض سے اوپر ختم کی گئی ہے، عضو کے گرد لپیٹ کر مضبوطی سے کس دیں۔ تاکہ شریانوں سے خون کی آمد بند ہو جائے۔ اس کے بعد پٹی کو کھولدیں۔ عضو کا یہ سارا حصہ جو لچکدار ڈوری کے بند سے نیچے واقع ہے، اسکا خون لچکدار پٹی کے دباؤ سے اوپر چڑھ جاتا ہے۔ اور یہ حصہ خون سے خالی ہو کر زرد پڑ جاتا ہے۔ اس کے بعد مذکورہ بالا عمل کیا جائے اور ہڈی نکال کر اس کے خلانے کو خارصینی[۵۳] خضر آمیز کے غسول سے دھو کر نمل بنفشی[۵۴] چھڑک دیں۔ اور صوف نمل بنفشی[۵۵]

---

۵۱ الاسٹک بنڈیج +	۵۴ آئیوڈو فارم +
۵۲ الاسٹک کارڈ +	۵۵ آئیوڈو فارم وول +
۵۳ کلورائڈ آف زنک +	

اسکے اندر بھر دیں۔ اسکے بعد معمولی پٹی (عصابہ) سے باندھ کر بند کو کھولدیں اسکے کھولنے سے دورانِ خون طبعی طور پر جاری ہوجائیگا +

یہ عمل نہ صرف اس مقام میں کیا جاتا ہے، بلکہ تمام اُن دستکاریوں میں کیا جاتا ہے، جن میں خون کا بند کرنا عمل جراحی سے پہلے ضروری ہے +

جب لمبی ہڈیوں کے سرے (کردوس) اور ہاتھ پاؤں کے رسغ کی ہڈیاں مردہ ہوجاتی ہیں، تو بالکل جوڑ فاسد ہوجاتے ہیں، جنکے دور کرنے، یا عضو کو بالکل قطع کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے۔ لیکن ایسی حالت میں ذرا عجلت سے کام نہ لینا چاہئے، بلکہ طبیعت کو موقع دینا چاہئے کہ شاید وہ اپنی قوت سے مرض کی اصلاح کرڈالے +

تفلس، جس میں ہڈی کی سطح مردہ ہوجاتی ہے، عام طور پر کسی ایسے مرض یا ایسی آفت سے واقع ہوتا ہے، جس سے ہڈی کی سطح سے جھلی اوتر جاتی ہے۔ لیکن یہ ہڈی کو پورے طور پر مردہ نہیں کردیتا۔ اس لئے کہ اکثر ہڈی کی سطح سے لحمی دانے پیدا ہوجاتے ہیں جس سے نئی جھلی بن جاتی ہے۔ بہرحال ہڈی کی جو سطح جھلی سے خالی ہوئی ہو، اسکا علاج ابتدا میں یہ ہے کہ حامض قطرانی[1] مخفف، یا حامض شورجی[2] (تیزاب شورہ) مخفف کے غسول سے دھوئیں، اور جب پوست (تفلس) الگ ہوجائے، تو دستکاری سے بہت جلد اسے علیحدہ کردیں +

گاہے بیرونی سطح کے مردہ ہونے کی حالت میں تیزاب

---

[1] کاربولک ایسڈ ڈائی لیوٹ +

[2] نائٹرک ایسڈ ڈائی لیوٹ +

گندھک (حامض کبریتی[۱]) لگاتے ہیں +

نخر[۲]۔ ہڈی کا بوسیدہ ہونا

اس سے مراد ہڈی کا متقرح ہونا ہے، اسکو ہڈی کے مردہ ہونے (موت العظام) سے وہی نسبت ہے، جو تقرح کو شفا قلوس سے ہے، یعنی تقرح کی طرح یہ بھی ہڈی کے ذرات کا فاسد ہوجانا یا مردہ ہوجانا ہے، (موت ذری[۳]) یہ خود کوئی مستقل مرض نہیں ہے، بلکہ التہاب مزمن کا ایک بُرا نتیجہ ہے۔ بوسیدہ ہڈی کا رنگ سُرخ یا سیاہ ہوجاتا ہے، اسکے خانوں میں سُرخ لیسدار رطوبت بھری ہوتی ہے، ان خانوں کے اندر بکثرت نرم نمی دانے (انگور) پائے جاتے ہیں، جنمیں قوتِ حیوانیہ کم ہوتی ہے، ان دانوں میں سے بعض پنیر کے سے دانوں (اسبارون) میں تبدیل ہوکر ہڈی میں وہی تغیرات پیدا کرتے ہیں جو ان دانوں (درن[۴]) سے نرم ساختوں میں پیدا ہوتے ہیں چنانچہ ہڈی میں پیپ بن جاتی ہے، اور پھوڑا باہر کیطرف پھوٹ پڑتا ہے اور ہڈی بتدریج گل کر اسکے ریزے اور ٹکڑے مواد کے ساتھ خارج ہوتے ہیں۔ اگر کوئی بوسیدہ ہڈی مٹی میں دبانے کے بعد اسکی رطوبت خشک کی جائے، تو اسفنج کی طرح اس کے اندر بے شمار خانے نظر آئینگے ہڈی نرم اور ملائم ملے گی، اُسکی سطح ہموار نہوگی، گویا وہ گھنی ہوئی ہے، ہڈی میں گودہ کی نالی ہڈی کے نئے رسوب سے بھری ہوئی ہوتی ہے

[۱] سلفیورک ایسڈ +	[۳] مالیکولر ڈیتھ +
[۲] کیریز۔ آسٹیو پوروسس	[۴] ٹیوبرکل +

لگتا ہے ہڈی کے جالدار خانوں میں کمی جیبات پیپ کے بغیر بنجاتے ہیں جن سے ہڈی کا جوہر تدریجاً گل کر بہ جاتا ہے۔ اور متصل عضلات کی کشش سے عضو ٹیڑھا ہو جاتا ہے۔ مرض کی اس قسم کو نخر داخلی کہتے ہیں۔ یہ عموماً ہڈیوں کے سروں (کردوس) اور چھوٹی اسفنجی ساخت کی ہڈیوں میں ہوتا ہے۔ مثلاً ہاتھ اور پاؤں کے، رسغ کی ہڈیاں +

عوارض و علامات:۔ اسکی مقامی علامتیں ہڈی کے مردہ ہونے کے مانند ہوتی ہیں، گاہے دو ایک ناصور پائے جاتے ہیں، اگر سلائی داخل کی جائے، تو نرمی کیوجہ سے وہ ہڈی کے اندر گھس جاتی ہے، یہ مرض عموماً اُن ہڈیوں میں پیدا ہوتا ہے، جن کی ساخت متخلخل (اسفنجی) ہوتی ہے، مثلاً ریڑھ کے مہرے، پاؤں اور ہاتھ کے رسغ کی ہڈیاں، اور لمبی ہڈیوں کے سرے + گاہے عام بدنی علامتیں تقیح (پیپ بننا) کے مانند پائی جاتی ہیں۔ مریض کمزور ہو جاتا ہے، گاہے تقیح دم (خون میں پیپ کا پہونچ جانا) تک نوبت پہونچتی ہے، ناصور جو اس مرض میں پائے جاتے ہیں، وہ بالعموم پیچیدہ اور ٹیڑھے ہوتے ہیں، اور گاہے اندرونی احشا، بھی شریک مرض ہو جاتے ہیں +

اسباب:۔ مرض خنازیر، اور آتشک جیسے بعض امراض مزاجیہ سے گاہے یہ مرض ہوتا ہے۔ اسی طرح بعض اوقات مرکبات سیماب کا بے قاعدہ استعمال، یا دوسرا مرض بھی اس کا سبب بنتا ہے جس سے خون خراب ہو جائے،

علاج:۔ علاج کے دو حصے ہیں۔ اول خون کی اصلاح۔ دوئم

مقامی علاج، اور سڑی ہوئی ہڈی کا نکالنا +

پہلے مقصد کے لئے تبدیل آب و ہوا کرائیں، ایسی ادویہ دیں جو مقوی بدن اور مقوی خون ہوں، مثلاً روغن ماہی، اور فولاد[1] [2] آمیز وغیرہ، نیز اُن امراض کا بھی علاج کریں جو اس مرض کے اسباب ہوں +

اور دوسرے مقصد کے لئے بوسیدہ ہڈی کے اوپر کی ساختوں کو چیرنا چاہیئے، اور ساری بوسیدہ ہڈی کو، اگر ممکن ہو، تو نشار (آری)، یا ازمیل (چھینی) یا منقار سے نکال لینا چاہیئے۔ خلا ریں گاہے نل بنفشجی[3] بھرا جاتا ہے، اور گاہے عقیدہ مارسین نامی ضماد[4] اگر یہ ممکن نہ ہو تو ناصور میں ہلکا تیزاب شورہ یا ہلکا تیزاب گندھک کی پچکاری کریں۔ یا کوئی دوسرا تیز، جلانے (داغنے والا) مادہ استعمال کریں۔ بعض اوقات نلکیاں (انابیب) اسلئے داخل کی جاتی ہیں کہ اندر سے فاسد مادہ نکلتا رہے۔ اور اس کے ساتھ ہڈی کے ذرات بھی باہر آتے رہیں۔ اگر دستکاری سے بوسیدہ ہڈی کا نکالنا بھی ناممکن ہو۔ اور عرصہ تک ان تیزابات کا پچکاری کرنا بھی محال ہوئے، اور یہ مرض ہاتھ یا پاؤں میں ہو، تو اس عضو کو کاٹ کر الگ کرنے میں دیر نہ کرنی چاہیئے +

بعض اوقات بجلی لگانے، یا بنفشجین[5] کے داغ ڈالنے سے بھی فائدہ حاصل ہوتا ہے +

[1] آیوڈائڈ آف آئرن +	[3] بی آئی پی پیسٹ +
[2] آیوڈوفارم +	[4] آیوڈین +

ہڈی کا بڑھ جانا۔ ضخامتِ عظم[1]

اسکی وجہ گاہے خلقی اور پیدائشی ہوتی ہے، جس میں بدن کی ساری ہڈیاں بڑھی ہوئی اور موٹی پائی جاتی ہیں، بچہ مہیب شکل کا ہوجاتا ہے +

اور گاہے اسکی وجہ ورم والتہاب ہوتی ہے، جس سے کوئی خاص ہڈی بڑھکر موٹی ہوجاتی ہے، اور گاہے کسی خاص مرض (مثلاً بعض امراض مفاصل) سے ہاتھ پاؤں کی ہڈیاں غیر طبعی طور پر بڑھ جاتی ہیں۔ اور گاہے بعض دیگر امراض سے جبڑے لمبے ہوجاتے ہیں +

نسخۂ زبفش آمیز کا استعمال مفید خیال کیا جاتا ہے +

سلعات عظام۔ ہڈی کی رسولیاں

(۱) سلعۂ دمویہ۔[2] گاہے ہڈی کے شبکہ دار (اسفنجی) خانوں میں خون کے انصباب سے رسولی پیدا ہوجاتی ہے؛ اسکی وجہ گاہے ضرب ہوتی ہے، جس سے رگیں پھٹ جاتی ہیں؛ اس حالت میں گاہے یہ خانے پھیل کر جذب ہوجاتے ہیں، اور بڑی بڑی خلائیں پیدا ہوجاتی ہیں، جنکے اندر خون کے جمے ہوئے لوتھڑے پائے جاتے ہیں ان سب کے اوپر ہڈی کی جھلی محیط ہوتی ہے، بدرسولی کے سئے

---

[1] ہائی پرٹرافی آف بون +

[2] اینیورزم آف بونز / آئیوڈائڈ آف پوٹاسیم +

[3] ہیمی ٹوما +

تھیلی بن جاتی ہے + اسکی تشخیص بزل استقصائی سے کی جاتی ہے
یعنی بغرض تحقیق رسولی کے اندر جوفدار سلائی داخل کر کے اندرونی
مواد نکالا جاتا ہے، تاکہ معلوم ہو جائے کہ رسولی کے اندر کس قسم کا
مادہ ہے + اندرونی وبیرونی تدابیر سے اسے جذب وتحلیل کرنے کی
سعی کریں۔ اور جب یہ تدابیر کارگر نہ ہوں تو رسولی کو دستکاری سے
کاٹ کر الگ کریں +

(۲) گاہے خونی رسولی (سلعۂ دمویہ) بچوں کے سر میں پیدائش
کے وقت پائی جاتی ہے، جسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ سر کی ہڈیوں میں
اور ان کے اردگرد خون کا انصباب ہوتا ہے + چونکہ اس وقت بچہ
نہایت نازک اور کمزور ہوتا ہے، اس لئے دستکاری کرنے سے
اس وقت احتراز کرنا چاہئیے +

(۳) **سلعات نابضہ**[1] (تڑپنے والی رسولیاں) گاہے
ہڈیوں میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ جنکی تین قسمیں ہیں۔ (۱) نرم سرطان
جس میں دوران خون بعض اوقات اسقدر سخت ہوتا ہے کہ پوری
رسولی تڑپتی ہے۔ اور انورسما کی طرح اس کے اندر از یزہ[2] (کرکراہٹ)
کی آواز سنائی دیتی ہے (۲) گاہے نسیج[3] انتصابی ہڈی کے جوہر
میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ (۳) ہڈی کی شریان غاذی کا انورسما +
انورسما علی العموم لمبی ہڈیوں کے سروں میں، خصوصاً قصبۂ کبریٰ کے
بالائی سرے میں گھٹنے کے نیچے پیدا ہوتا ہے، جس میں مریض اُس

[1] پلسے ٹنگ ٹیومر +
[2] کری پی ٹیشن +
[3] ارکٹائل ٹشو +

مقام کے اچانک درد کی شکایت کرتا ہے، اسکے بعد وہاں دردناک ورم پیدا ہوجاتا ہے، پنڈلی کی ساری وریدیں پھول جاتی ہیں، پھر سارا پیر سُرخ ہوکر دردناک ہوجاتا ہے۔ اور ورم میں نمایاں تڑپ (نبض) ظاہر ہونے لگتی ہے۔ ان ورموں کا علاج اسکے سوا اور کچھ نہیں ہے کہ وہ بڑی شریان باندھ دی جائے۔ یا اُسے کاٹ دیا جائے۔

(۳) گاہے ہڈی میں سلعات زلالیہ (وہ رسولی جسکے اندر بلغم سا مادہ پایا جاتا ہو) پیدا ہوجاتے ہیں۔ انکی تشخیص چیرنے کے بعد ہی ہوسکتی ہے۔

علاج:- جہاں تک ممکن ہو، رسولی کی تھیلی اور اُس ہڈی کو نکال دیں جو رسولی کے گرد ہوتی ہے۔ پھر اُس کی سطح پر توتیا (نحاس کبریت آگین) کا محلول لگائیں (۲ پانی ۱۰۰ یا اس سے کم)۔

(۴) **ہڈیوں کا سرطان**- بدن کی دوسری ساختوں سے زیادہ ہڈیوں میں سرطان ہوا کرتا ہے، چنانچہ گاہے سرطان پہلے پہل ہڈی ہی میں ہوتا ہے۔ اور گاہے دوسرے مقامات سے منتقل ہوکر آتا ہے (مثلاً چھاتی کے سرطان سے منتقل ہوکر آنا) پہلی صورت کو **سرطان اوّلی** کہتے ہیں۔ اور دوسری کو سرطان انتقالی

سرطانی مزاج سے عام طور پر بدن کی ہڈیاں لاغر ہوجاتی ہیں، جو عضلات کے زور اور معمولی خارجی صدموں سے ٹوٹ جاتی ہیں،

سرطان اوّلی زیادہ تر بالائی جبڑے[۱] انکے زیریں حصے اور پنڈلی

---

[۱] میرکس سٹ

کے بالائی حصے میں واقع ہوتا ہے۔ ہڈیوں کے سرطان کا علاج محض یہ ہے کہ اُسے کاٹ کر الگ کردیا جائے، یا پورے عضو کو کاٹ دیا جائے۔

ہڈی کا لاغر ہوجانا۔ ہزالِ عظام[1]

اسکا سبب بھی گاہے پیدائشی (خلقی) ہوتا ہے، اور بچہ جب پیدا ہوتا ہے، تو اُس کی ہڈیاں اُسی وقت لاغر ہوتی ہیں۔ اور گاہے مرض کساح اور سلعہ (رسولی) سے ہڈیاں لاغر ہوجاتی ہیں۔ اُس مرض کا علاج کریں، جو اسکا سبب ہو +

ہڈی کا کچل جانا۔ رضّ العظام[2]

ہڈی کے ساتھ جھلی بھی کچل کر ماؤف ہوجاتی ہے، مقام ماؤف پھول جاتا ہے۔ درد کی شکایت ہوتی ہے۔ چوٹ اور ضرب کا نشان پایا جاتا ہے +

عضو کو مناسب طور پر پٹی سے باندھکر آرام دیں، بنفشین لگائیں، شنجار بنفش آمیز کا اندرونی استعمال کریں +

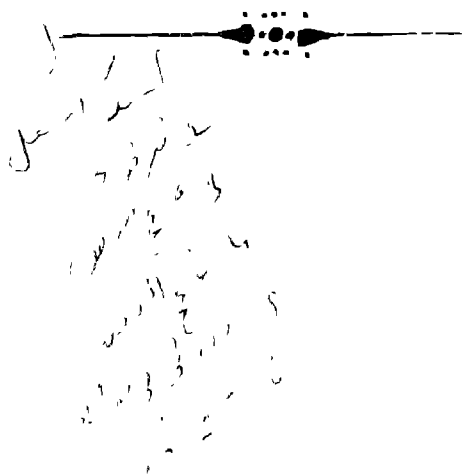
ہڈی کا مڑ جانا۔ التواء العظام

علی العموم یہ صورت بچوں میں واقع ہوتی ہے۔ خصوصاً اُس حالت میں جبکہ کسی وجہ سے ہڈیاں نازک، ملائم اور کمزور ہوں،

---

[1] اٹروفی آف بون +

[2] کن ٹیوژن آف بون +

اور انکے اندر اجزا ارضیہ کم پائے جاتے ہوں۔ مناسب طور پر مالش کرنے اور پٹی باندھنے سے ہڈی سیدھی ہوسکتی ہے کوئی خون کا مرض ہو تو اُس کا علاج کریں +

باب دوازدہم

کسرِ عظام۔ ہڈی کا ٹوٹنا

تعریف۔ کسر[1]۔ ہڈی کے اتصال کا یکایک الگ ہوجانا کسر کہلاتا ہے، جس کا سبب علی العموم بیرونی صدمہ یا عضلات کے سکڑنے کا زور ہوتا ہے +

اَلْکَسْرُ تَفَرُّقٌ فُجَائِیٌّ فِی اِتِّصَالِ عَظْمٍ مِنْ عُنْفٍ خَارِجِیٍّ اَوْ جُہْدٍ عَضَلِیٍّ +

اسباب کسر

اسباب ہڈی کے ٹوٹنے کے اسباب دو قسم کے ہیں۔ اوّل وہ اسباب جنکی وجہ سے ہڈی میں کمزوری اور ٹوٹ جانے کی قابلیت پیدا ہوجاتی ہے (اسباب سابقہ یا اسباب مہیئہ)۔ دوئم وہ اسباب جنکے عمل سے ہڈی ٹوٹ جاتی ہے (اسباب واصلہ) +

اسباب مہیئہ پہلی قسم کے اسباب چند حصوں میں منقسم ہیں۔ مثلاً ہڈی کا مقام، عمر، جنس، بعض مخصوص امراض +

۱۔ **ہڈی کا مقام**۔ بعض ہڈیاں محل وقوع کی خصوصیت سے دوسری ہڈیوں کے مقابلہ میں نسبتاً زیادہ ٹوٹا کرتی ہیں۔ مثلاً

---

[1] فریکچر +

جو لوگ دائیں ہاتھ یا پاؤں سے زیادہ کام لیتے ہیں، انہیں دائیں طرف کی ہڈیاں زیادہ ٹوٹا کرتی ہیں۔ اسی طرح لمبی پتلی ہڈیاں زیادہ بوجھ اٹھانے، سخت دباؤ پہونچنے، یا خاص قسم کے زور لگانے سے آسانی سے ٹوٹ جاتی ہیں + مثلاً پسلیاں ہنسلی، بازو، کلائی کی بالائی ہڈی۔ ران (اور خاصکر اسکی گردن) اور پنڈلی۔ ان میں سے بھی زیادہ تر پنڈلی اور ران کی ہڈیاں ٹوٹا کرتی ہیں، اسکے بعد کلائی کی + پاؤں کی ہڈیوں کے زیادہ ٹوٹنے کی وجہ یہ ہے کہ کودنے پھاندنے اور گرنے میں سارے بدن کا بوجھ پاؤں پر پڑتا ہے، اور دیگر حادثات کا اثر بھی زیادہ تر انہی پر پڑتا ہے، مثلاً گاڑیوں کے پہیے کا پھر جانا، جانوروں کے کھر سے چوٹ لگنا اور اسی قسم کے دیگر اسباب + اور کلائی کی ہڈیوں اور زیادہ تر بالائی ہڈی (زند اعلی) کے ٹوٹنے کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جب انسان ٹھوکر کھا کر گرنے لگتا ہے، تو محافظت کے خیال سے وہ قدرتاً اپنے ہاتھ پھیلا کر سہارا لیتا ہے، جس میں سارے بدن کا بوجھ یک لخت ان ہاتھوں پر پڑ جاتا ہے۔ سر کی ہڈیوں کے زیادہ ٹوٹنے کی وجہ یہ ہے کہ یہ بالکل سطحی ہیں، ان کے اوپر محض جلد ہے، یہ نرم ساختوں سے ڈھکی ہوئی نہیں ہیں، جو صدمہ کو ہلکا کر دیا کرتی ہیں +

یہی حال زیرین جبڑے اور ناک کی ہڈیوں کا ہے۔ لیکن گہری ہڈیاں جنکے گرد موٹے موٹے عضلات کے گدے لگے ہوئے ہیں، اور ہر طرف مستحکم ریشہ دار جھلیوں سے ڈھکی ہوئی ہیں، مثلاً ریڑھ کے مہرے اور پیڑو کی ہڈیاں، یہ بہت کم ٹوٹا کرتی ہیں، ہاں اگر اسی

قسم کا کوئی سخت اور جانکاہ صدمہ پہونچے، مثلاً بھاری بھرکم گاڑیوں کے پہیوں کے نیچے آجائیں، یا بہت بلندی سے انسان گر پڑے، یا دو سواریوں کے درمیان آکر دب جائے، تو ایسی حالت میں یہ ہڈیاں بھی ٹوٹ سکتی ہیں۔ ایڑی اور سینہ کی ہڈی (قص) اور رانی جیسی بعض ہڈیاں بہت کم ٹوٹا کرتی ہیں، برعکس اسکے بعض ہڈیاں بہت زیادہ ٹوٹا کرتی ہیں۔ مثلاً ران کی گردن زیادہ عمر والوں میں +

۲۔ **عمر مریض**۔ دو سے چار سال کے درمیان ہڈیاں زیادہ ٹوٹا کرتی ہیں، کیونکہ اس وقت ہڈیوں کی کمزوری کے باوجود بچہ کو چوٹ اور صدمہ پہونچنے کے زیادہ موقعے ہیں، اور جب وہ چلنا شروع کرتا ہے تو بار بار گرتا ہے، اسکے بعد پانچویں چھٹے سال تک چونکہ بچہ اچھی طرح چلنے پھرنے بھی لگتا ہے، اور سرپرستوں کی حراست میں عموماً رہتا ہے، اسلئے اس وقت بھی یہ واقعہ کمتر ہوتا ہے۔ لیکن چھ سال کے بعد چونکہ بچہ تیز بھاگ دوڑ، اور سخت قسم کے کھیل کود شروع کرتا ہے، مکاتب و مدارس میں یا سڑکوں پر اپنے ساتھیوں سے بھاگنے میں مقابلے کرتا ہے، اس وجہ سے اس عمر میں ہڈیاں بکثرت ٹوٹا کرتی ہیں، اسکے بعد بڑھاپے میں ۵۵ سال سے ۸۰ سال تک کسر بہت زیادہ واقع ہوا کرتا ہے۔ بوڑھوں میں کثرتِ وقوع کی وجہ ایک تو یہ ہے کہ ان کی ہڈیاں اجزاء ارضیہ کے زیادہ ہوجانے کی وجہ سے زیادہ بھربھری ہوجاتی ہیں، اور ان سے قدرتی لچک جاتی رہتی ہے۔ دوم ان کے عضلات اور انکی قوتیں کمزور ہوجاتی ہیں، اس لئے یہ جلد گر پڑتے اور ٹھوکر کھاجاتے ہیں +

جنس۔ دو سے ۵ سال تک لڑکوں سے زیادہ لڑکیاں اس میں مبتلا ہوتی ہیں (ان میں باہمی ۵ اور ۲ کی نسبت ہے) کیونکہ لڑکیوں کی ہڈیاں باریک اور زیادہ نازک ہوتی ہیں۔ پانچ سال کے بعد حالت بدل جاتی ہے۔ بچے زیادہ کھیل کود کے مشتاق ہوتے ہیں، اس لئے لڑکیوں سے زیادہ لڑکے مبتلا ہوتے ہیں حتی کہ دس سے بیس سال کے درمیان نسبت تقریباً ۱۰ اور ایک کی ہوتی ہے۔ بیس سال کے بعد تعداد بتدریج کم ہونے لگتی ہے۔ اور پچھتر سال کے قریب دونوں کی تعداد تقریباً مساوی ہوتی ہے۔ لیکن مجموعی طور پر عورتوں کے مقابلہ میں یہ مرض مردوں میں تقریباً دوچند ہوتا ہے۔

۴۔ بعض امراض مثلاً نقرس، داء الحفر، خنازیر، سرطان سے ہڈیوں میں ٹوٹنے کی استعداد بڑھ جاتی ہے۔ جس سے معمولی صدمہ بھی ہڈی کے توڑنے میں کافی ہو جاتا ہے۔ لیکن ان امراض سے بھی زیادہ قابلیت مرض رخاوتِ عظام (ہڈی کا نرم ہو جانا) اور مرض کساحت سے حاصل ہوتی ہے۔ اسی طرح مقامی طور پر مرض نخر (بوسیدگی) موت العظام (ہڈی کا مردہ ہونا) ہشاشۃ العظام (ہڈی کا بھربھرا ہو جانا)، انبوبۂ نخاعیہ، انورسا یا کسی دوسری رسولی سے ہڈی کا متقرح ہو جانا، ہڈی میں مادہ درنیہ کا پھیل جانا، ہڈی کے جوہر کا ورم والتہاب اور دیگر اسباب سے ہڈی میں ٹوٹنے کی قابلیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس قسم کے کسر کو کسرِ مرضی کہا جاتا ہے۔

۱؎ اسکاربیوٹس۔	۳؎ سرکوماٹی ایلیا۔
۲؎ فریگلی لی ٹاس آسیم۔	۴؎ پیتھالوجیکل فریکچر۔

اسباب واصلہ کی دو قسمیں ہیں۔(۱) بیرونی صدمہ (۲) عضلات کا فعل +

بیرونی صدمہ یا چوٹ:۔ اسکا فعل دو طور پر ہوتا ہے (۱) جس مقام پر چوٹ لگے، وہیں سے ہڈی ٹوٹ جائے (کسر[1] واصل) مثلاً گاڑی کے پہیے کا پھر جانا، توپ کے گولے یا بندوق کی گولی کا لگنا، یا لاٹھی ڈنڈے، اور ڈھیلے پتھر وغیرہ کا لگنا، (۲) چوٹ کسی اور مقام پر لگے اور ہڈی کہیں سے ٹوٹے، جیسا کہ علی العموم کودنے پھاندنے، بلند مقام سے گرنے، بھاری چیز کے بدن پر پڑنے، دباؤ پہونچنے، عضو کے مروڑنے وغیرہ سے واقع ہوتا ہے۔ اسکی ایک اچھی مثال یہ ہے کہ کوئی شخص چھت سے زمین پر کھڑا گرے، تو سب سے پہلے زمین سے اُسکے پاؤں لگیں گے۔ اور پاؤں سے صدمہ کا اثر اوپر کے دوسرے اعضاء میں پے در پے پہونچے گا۔ چنانچہ بہت ممکن ہے کہ اس طرح گرنے سے اُسکی پنڈلی ٹوٹ جائے، یا پنڈلی بچی رہے اور ران ٹوٹ جائے یا ریڑھ کے مہرے ٹوٹ جائیں، بلکہ گاہے ایسی صورت میں کھوپڑی کے تلہ کی ہڈیاں ٹوٹ جایا کرتی ہیں۔ اسی طرح اگر کوئی شخص بلندی سی زمین پر ہاتھوں کے سہارے گرے، جس سے اُسکی کلائی، بازو، ہنسلی یا شانہ کی ہڈی ٹوٹ جائے۔ ان تمام صورتوں میں یہ امر واضح ہے کہ ہڈی کی لمبائی میں زمین اور بدن کے بوجھ کے درمیان دباؤ پہونچتا ہے، جس میں گرنے کی حرکت سے اور بھی اضافہ ہو جاتا ہے، ہڈی کے ٹوٹنے کا رُخ کدھر ہوتا ہے، یہ صدمہ کی قوت کے رُخ پر اور عضو

---

[1] ڈائرکٹ فریکچر +

کی وضع اور اسکے رُخ پر منحصر ہے +

عضلات کا فعل۔ گاہے ہڈی کے ٹوٹنے کا سبب بن جاتا ہے۔ جیسا کہ عموماً گھٹنے کی ہڈی، کہنی کے سرے اور زائدہ منقار الغرب میں عضلات کے بعض شدید انقباض کی صورت میں ہوا کرتا ہے۔ لمبی ہڈیوں میں عضلات سے ایسا کم ہوتا ہے +

گاہے ماں کے پیٹ پر چوٹ لگنے سے جنین کی ہڈیاں ٹوٹ جایا کرتی ہیں۔ اگرچہ گاہے ایسا بھی تجربہ میں آیا ہے کہ بچہ کی ہڈیاں پیدائش کے وقت ٹوٹی ہوئی ملیں، اور ماں کو کسی قسم کی چوٹ نہیں لگی +

اقسام کسر

اقسام کسر کسر کی تین بڑی قسمیں ہیں۔ کسر بسیط۔ کسر مرکب، اور کسر مضاعف +

کسر بسیط[1]۔ اسکو کسر ساذج بھی کہتے ہیں۔ اس میں ہڈی سادہ طور پر ٹوٹ جاتی ہے۔ لیکن مقام کسر کی جلد یا غشاء مخاطی زخمی نہیں ہوتی ہے (بسیط و ساذج بمعنے سادہ) +

کسر مرکب[2]۔ اسکو کسر مکشوف بھی کہتے ہیں، اس میں جلد یا غشاء مخاطی مقام کسر کے پاس زخمی ہوتی ہے۔ جلد اور غشاء مخاطی گاہی اصل ضرب کی وجہ سے زخمی ہوتی ہے، اور گاہے ٹوٹی ہوئی ہڈی کی کرچیں ان کو اسی وقت چھید دیتی ہیں۔ یا بعد کو کسی بے احتیاطی سے ایسا واقع ہوتا ہے + چنانچہ محل وقوع سے زخمی مریضوں کے لیجانے

[1] سمپل فریکچر +	[2] کمپونڈ فریکچر +

کے وقت اسکا خاص طور پر خیال رکھنا چاہئے مریض کو اُس وقت تک
ہرگز حرکت نہ دینا چاہئے، جب تک کہ ٹوٹی ہوئی ہڈی اوپر اور نیچے سے
باندھ نہ دیگئی ہو۔ ورنہ بہت ممکن ہے کہ بے قاعدہ ہلنے جلنے سے ہڈی
کی کرچیں تندرست ساختوں میں گھس کر اُن کو زخمی کر دیں، اور مصیبت
دوہری ہو جائے + (مکشوف۔کھلا ہوا) +

کسر مرکب میں علی العموم عفونت پیدا ہو جاتی ہے، اور جب
ایسا واقع ہوتا ہے تو اکثر زندگی معرض خطر میں آجاتی ہے۔ اس لئے
بعض جراح ایسی حالت میں فوراً عضو کو کاٹ کر الگ کر دیتے ہیں +

کسر مُضاعف[ا]۔ اسکو بعض لوگ کسر مختلط بھی کہتے ہیں +
یہ وہ قسم ہے، جس میں صرف ہڈی ہی نہیں ٹوٹتی، بلکہ کوئی اہم عضو بھی
ماؤف ہو جاتا ہے۔ مثلاً کسی بڑی شریان، ورید یا عصب کا پھٹ
جانا، یا کسی اندرونی عضو (مثلاً دماغ، شش، یا مثانہ و مجرای بول)
میں کسی آفت کا پہونچنا یا کسر کے ساتھ جوڑ کا بھی اوکھڑ جانا + اس قسم
کے عوارض گاہے اُسی اصلی ضرب سے پیدا ہوتے ہیں، اور گاہے
ہڈی کی کوئی تیز اور نوکدار کرچ (شظایا[ع]) ان اعضاء میں گھس جاتی ہے +

کسر کی یہ تقسیم (بسیط، مرکب اور مضاعف کی طرف) اس قدر
مستحکم اور پائدار ہے کہ یہ تقریباً ہمیشہ قائم رہتی ہے + باقی ذیل کی
بہت سی قسمیں دوسری وجوہ سے کی گئی ہیں +

ہڈی گاہے پورے طور پر ٹوٹ جاتی ہے (کسر کامل[ا]) اور
گاہے جزوی طور پر کسی قدر (کسر جزئی۔ کسر غیر کامل) اگرچہ صورت

ا کمپلی کیٹڈ فریکچر +	ع فریگمنٹ +

اول ہی کثیر الوقوع ہے +

کسر[1] غیر کامل یا کسر جزئی ۔ اسکی چند قسمیں ہیں ۔ (۱) کسر صادع یا صدعی (۲) کسر خرعوبی ۔ (۳) کسر شظوی (۴) کسر ثاقب +

(۱) **کسر[2] صادع یا صدعی** ۔ اس سے مراد ہڈی کا خط کی طرح چر جانا (انشقاق) ہے ۔ اس طور پر کہ انشقاق نمایاں نہو (صدع پھٹ جانا) ۔ اسکی جگہ عام طور پر چپٹی ہڈیاں ہیں، مثلاً کھوپڑی کی اور پیڑو کی ہڈیاں اور شانہ کی ہڈی ۔ گاہے یہ کسر کامل کا بڑھاؤ ہوتا ہے، یعنی کسر کامل کے مقام سے ادھر ادھر گاہے ہڈی چر جاتی ہے + اور گاہے ایسے صدمہ کیوجہ سے یہ صورت واقع ہوتی ہے جو دونوں ٹکڑوں کے جدا کرنے پر قادر نہیں ہوتا + گاہے رضفہ کی طرح چھوٹی ہڈیاں، اور گاہے لمبی ہڈیوں کے سرے (مثلاً بازو کی ہڈی کا سرا) بھی پھٹ جاتے ہیں ۔ حتیٰ کہ گاہے ران اور بازو کی طرح لمبی ہڈیوں کے جسم میں یہی صورت واقع ہوتی ہے +

اس قسم کا کسر بالعموم باریک اور خط کے مانند ہوتا ہے، ٹٹولنے اور دبانے سے زندہ جسم میں معلوم نہیں ہوتا، ہاں اگر اسکے ساتھ جلد بھی زخمی ہو تو ممکن ہے کہ زخم اس کی تشخیص میں سہولت پیدا کردے اور وہ نظر آسکے +

یہ بعض اوقات سخت خطرناک ثابت ہوتا ہے، اس سے ہڈی کی جھلی، یا ہڈی کے گودہ میں علی العموم مہلک قسم کا ورم پیدا ہوجاتا ہے ۔ اس قسم کے کسر میں شگاف دیکر ہڈی کی سطح تک پہونچنا

[1] پارشل فریکچر۔ ان کمپلیٹ فریکچر +

[2] فشرڈ فریکچر +

جاہیئے، اور ورم حار (التہاب) کے تمام علاج وتدابیر سے کام لینا جاہیئے +

کسر خُرعُوبی[1] (خرعوب۔ خم کھائی ہوئی شاخ) اس میں ہڈی اس طرح ٹوٹتی ہے، جس طرح سبز اور تروتازہ شاخ کے موڑنے سے اسکے بعض ریشے توٹوٹ جاتے ہیں، اور بعض ریشے مُڑ جاتے ہیں۔ یہ صورت زیادہ تر بچوں میں پائی جاتی ہیں۔ جنکی ہڈیاں نرم اور لچکیلی ہوتی ہیں۔ یہ گاہے چپٹی ہڈیوں میں واقع ہوتا ہے۔ اور گاہے لمبی ہڈیوں میں؛ لمبی ہڈیوں میں جب یہ قسم پیدا ہوتی ہے، تو وہ بل کھا جاتی ہیں، اور چپٹی ہڈیوں میں جب یہ کسر واقع ہوتا ہے، تو وہ دب جاتی ہیں؛ گاہے بڈھوں کی پسلیوں میں بھی کسر کی یہ قسم پائی جاتی ہے اس قسم کے کسر کا علاج محل و نوع کے لحاظ سے مختلف ہے۔ اگر یہ چپٹی ہڈی میں واقع ہو، اور کسی اندرونی اہم عضو میں کوئی آفت نہو توآرام وراحت پہونچائی جائے، اور وہ تدابیر استعمال کیجائیں جو التہاب کے مخالف ہوں۔ اور اگر لمبی ہڈیوں میں واقع ہو تو لقدرِ امکان ہڈی کو باندھکر اور دباکر سیدھا کیا جائے، اسکے بعد کسر بسیط کی طرح لکڑیاں اور تختیاں (جبائر) باندھ دی جائیں۔ اگرچہ بہترین نتائج زیادہ تر اسی طرح حاصل ہوئے ہیں کہ مریض کو بیہوش کرکے کسر کو پورے طور پر مکمل کرلیا جائے، یعنی پورے طور پر ہڈی توڑدی جائے، اسکے بعد اپنی جگہ ٹھیک بٹھاکر اُسے باندھ دیا جائے +

---

[1] گرین اسٹک فریکچر + "غصن خرعوب۔ شاخ خمیدہ" (صراح) +

کسر شظوی[۱] (شظیۃ - ہڈی کا ریزہ) جب ہڈی تلوار، کلہاڑی ہتھوڑے یا کسی تیز دھار دار آلے سے کٹتی ہے، یا کسی ناگاہ واتفاقی حادثہ سے ہڈی ٹوٹتی ہے تو ہڈی کی تیز اور نوکیلی کرچیں گاہی الگ ہو جاتی ہیں، گاہے کسر مفتت (جسمیں ہڈی ریزہ ریزہ ہو جاتی ہے) سے بھی کرچیں نکل آتی ہیں، اسلئے ان دونوں میں تمیز کرنا چاہئے +

چونکہ یہ ایک قسم کا کسر مرکب ہوتا ہے، اسلئے اسکا علاج کسر مرکب کے مانند ہونا چاہئے۔ مثلاً یہ کہ اگر وہ ریزہ بالکل الگ ہوگیا ہو، یا فقط جھلی کے جھالر سے لٹکا ہوا ہو تو اُسے بالکل نکال لینا چاہئے، اور اگر وہ ریزہ نرم ساختوں کے ساتھ اچھی طرح متصل و متحد ہو، اور اُسکی غذا کے بند ہونے کا امکان نہو، تو اُسے اصلی جگہ بٹھا کر حسب موقعہ پٹی وغیرہ باندھ دیجائے +

کسر ثاقب (چھید کرنے والا کسر) اسکو **انثقاب العظم** (ہڈی میں چھید ہونا) بھی کہتے ہیں۔ یہ عموماً چاقوؤں، چھریوں، نیزوں سنگینوں، تیروں، بندوق کے چھروں اور گولیوں وغیرہ سے واقع ہوتا ہے۔ اس قسم میں خطرہ اکثر اوقات بہت ہوتا ہے، کیونکہ اکثر اس قسم کے ساتھ شدید قسم کی جراحتیں شامل ہوتی ہیں، گاہے اندرونی اعضاء، اور جوڑ ماؤف ہوتے ہیں۔ اسی لحاظ سے اس کا علاج الگ الگ بیانات میں انہی آفات کے ساتھ ہونا چاہئے۔ اور اگر اسکے ساتھ کوئی بڑی آفت شریک نہو، تو دوسرے کسر مرکب کے مانند اس کا اصولِ علاج ہونا چاہئے۔ مگر علی العموم اس میں چونکہ

۱؎ اسپلنٹرڈ فریکچر + ۲؎ فریگمنٹ +	۳؎ پرفوریٹڈ فریکچر۔ پنکچرڈ فریکچر +

ہڈی نہیں ٹوٹتی ہے، اسلئے جبیرہ (تختی وغیرہ) باندھنے کی ضرورت پیش نہیں آتی +

کسر کامل کی بھی چند قسمیں ہیں۔ کسر مستعرض جس میں ہڈی آڑے طور پر ٹوٹتی ہے (مستعرض۔آڑا) کسر مستطیل جس میں ہڈی لمبائی میں ٹوٹتی ہے (مستطیل۔لمبوترا) کسر مُوَرَّب جس میں ہڈی ترچھے طور پر ٹوٹتی ہے (مُوَرَّب۔ترچھا) کسر تولبی یا کسر حلزونی جس میں ہڈی پیچکش کی بل کی طرح ٹوٹتی ہے (تولب۔پیچکش + حلزون۔گھونگھہ) +

ان تمام صورتوں میں ٹوٹی ہوئی ہڈی کے دونوں سروں میں سطح مستوی نہیں بنتی ہے بلکہ دونوں سروں میں دندانے پیدا ہو جاتے ہیں، جو جوڑنے کے وقت ایک دوسرے میں بیٹھکر جم جاتے ہیں +

گا ہے لڑکوں اور چھوٹے بچوں میں (تقریباً پندرہ سال تک) لمبی ہڈیوں کے سرے (کردوس۔مشاش) جو جسم کے ساتھ جوانی میں مل جایا کرتے ہیں، بعض صدموں سے الگ ہو جایا کرتے ہیں، جو دراصل کسر (ہڈی ٹوٹنا) نہیں ہے۔ کیونکہ اوائل عمر میں ہڈیوں کے جسم اور یہ سرے بذریعہ غضروفی رباط کے الگ ہوا کرتے ہیں، مگر اسے کسر کردوسی کہتے ہیں +

بہرحال جب یہ صورت واقع ہوتی ہے تو ہڈی کا یہ سرا اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے، اور عام طور پر یہ جزوی طور پر ہوا کرتا ہے +

۵۱ کمپلیٹ فریکچر +	۵۴ آبلیک فریکچر +
۵۲ ٹرنسورس فریکچر +	۵۵ اسپائرل فریکچر +
۵۳ لانجی ٹیوڈینل فریکچر +	۵۶ اپی فیسیل فریکچر +

یہ صورت کسر سے اسقدر مشابہ ہوتی ہے کہ اُس سے تمیز کرنا دشوار ہے +

گا ہے اسکے ساتھ ہڈی کا جسم بھی اسکے قرب و جوار میں ٹوٹا ہوا ہوتا ہے +

جب لمبی ہڈیاں جوڑوں کے پاس ٹوٹتی ہیں، تو گا ہے ہڈیوں کا جسم کردوس (سرے) کی اسفنجی ساخت کے اندر گھس جاتا ہے، اور اس مقام کی حرکت بند ہو جاتی ہے۔ اس قسم کے کسر کو کسرِ مُدغم یا کسرِ مُنغرز کہتے ہیں۔ اس صورت میں ہڈی جُدا نظر نہیں آتی۔ اور علامات کسر میں سے یہ خاص علامت (ہڈی کا تفرق اتصال معلوم ہونا) نہیں پائی جاتی ہے (ادغام۔ گھس جانا + انغراز۔ چُبھ جانا) +

کسرِ مُتعدّد سے مراد یہ ہے کہ ایک ہڈی کئی مقام سے ٹوٹے،

اگر ہڈی کے بہت سے ریزے ہو جائیں تو اسے کسرِ مُفتّت کہتے ہیں (تفتیت۔ ریزہ ریزہ کر دینا) +

کسرِ رحمی۔ جس میں بچہ کی ہڈی رحم ہی کے اندر عورت کے شکم پر چوٹ لگنے سے یا کسی اور صورت سے ٹوٹ گئی ہو +

کسرِ خلقی (خلقی۔ پیدائشی) وہ کسر جو بچہ کی پیدائش کے وقت رحم کے انقباض سے، یا قابلہ وغیرہ کے آلات سے واقع ہوتا ہے +

کسرِ شعری (شعر۔ بال) جس میں ہڈی کے اندر شیشہ کی طرح

---

۵۱ امپکٹڈ فریکچر +
۵۲ ملٹی پل فریکچر +
۵۳ کامی نیوٹڈ فریکچر +
۵۴ انٹرا یوٹرائن فریکچر +
۵۵ کن جے نی ٹل فریکچر +
۵۶ کیپلری فریکچر +

پڑ جاتا ہے +
کسرِ ذاتی۔ جس میں کسی مرض سے ہڈی اسقدر کمزور ہو جاتی ہے
معمولی صدمہ سے خود بخود ٹوٹ جاتی ہے +
کسرِ مفصلی۔ جس میں ہڈی کی مفصلی سطح ٹوٹ جاتی ہو (مفصل جوڑ)

علامات کسر

اسکی بعض علامتیں ایسی عام اور مشترک ہیں، جو دوسری آفتوں
میں بھی پائی جاتی ہیں، مثلاً درد۔ ورم۔ عضو کا حرکت نکر سکنا، اور بعض
علامتیں خاص اور یقینی ہیں، مثلاً ہڈی کا اپنی جگہ سے (جوڑ کے مقام
کے سوا دوسرے مقامات سے) ہٹ جانا (زیغان میلان) ٹوٹے
ہوئے مقام سے کرکراہٹ کی آواز پیدا ہونا (خشخشہ) جوڑ کے سوا
دوسرے مقام سے ہڈی کا ہل جانا + شعاع رانجینی سے عکس لیکر
ہڈی کا دیکھنا مشاہدات کے قبیل سے ہے، جو یقین کا سب سے زبردست
ذریعہ ہے +
تغیرِ ہیئت (عضو کی شکل کا بدل جانا) مثلاً عضو کا مڑ جانا،
مڑھ جانا، ٹیڑھا ہو جانا، یہ علی العموم اُس ضرب سے حاصل ہوتا ہے
جو کسر کا سبب بنا ہے۔ اور گاہے عضلات کے سکڑنے سے بدشکلی
(تغیرِ ہیئت) حاصل ہوتی ہے، عضلات کے انقباض سے گاہے
شکلی ایک حد پر قائم ہو جاتی ہے، اور گاہے اس سے مزید اضافہ

اسپان نے ڈی اس فریکچر +
آر ٹی کیولر فریکچر +
ڈرائنٹ فریکچر +

ہو جاتا ہے + اگر جوڑ کے قریب عضو کی شکل بدلے، تو کسر اور خلع میں اشتباہ ہو جاتا ہے۔ لیکن چند تشخیصی علامتوں کا ذکر اسکے بعد آئیگا۔ جس سے دونوں کے درمیان تمیز ہو سکتی ہے + پسلیاں پیڑو کی ہڈیاں اور شانہ کے ٹوٹنے میں تغیر علی العموم خفیف ہوتا ہے۔ بدن کا بوجھ بھی تغیر میں اضافہ کر دیتا ہے۔ خصوصاً پاؤں کے کسور میں + (کسور کسر کی جمع) +

غیر طبعی حرکت کی قابلیت، جوڑ کے سوا دوسرے کسی مقام میں، یہ کسر کے نمایاں اور یقینی علامات میں سے ہے۔ یہ علامت کسر جزئی، اور کسر منغرز میں نہیں پائی جاتی ہے۔ اور گاہے اُن گہرے کسور (کسر کی جمع) میں بھی نہیں پائی جاتی ہے۔ جو گہرے جوڑوں کے قریب واقع ہوتے ہیں۔ مثلاً کولہ اور شانہ کے قریب + اس قسم کی حرکت معلوم کرنے کے لئے جراح کو چاہئے کہ عضو یا ؤدن کو اوپر نیچے سے پکڑ کر ہلائے +

خشخشہ۔ یا صریر۔ یعنی وہ آواز یا کرکراہٹ جو ٹوٹی ہوئی ہڈی کے دونوں سروں کے رگڑ کھانے سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ علامت بھی کسر جزئی (مثلاً چر جانا یا تازہ شاخ کی طرح ہڈی کا نامکمل ٹوٹنا) کسر منغرزہ اور اُن حالتوں میں نمایاں نہیں ہوتی، جن میں ہڈی کے دونوں سرے رگڑ نہیں کھا سکتے۔ ہڈیوں کے سرے کے الگ ہو جانے کی صورت میں بھی علی العموم یہ علامت نمایاں نہیں ہوتی ہے۔ اس آواز کے پیدا کرنے کی صورت یہ ہے کہ عضو کو کھینچ کر وضع طبعی پر لایا جائے،

لے کریپی ٹس +

اسکے بعد ایک ٹکڑے کو دوسرے ٹکڑے پر گھمایا پھرایا جائے۔ یا ہڈی
کے زیرین سرے کو پکڑ کر باہستگی بل دیا جائے + مگر چونکہ ایسا کرنے
میں سخت درد ہوتا ہے، اسلئے اُسی وقت یہ عمل کرنا چاہئے، جبکہ
دوسری علامتیں روپوش ہوں، اور وہ کسی طرح تشخیص میں مدد نہ دے
سکیں + اگر ہڈی ٹوٹ کر عضلات کے اندر دب جائے، اور یہ آواز
نمایاں نہو سکے، تو آلہ مساع الصدر (سینہ بین) کے ذریعہ سُن
سکتے ہیں +

گاہے ایک قسم کا جھوٹا صریر (خشخشہ کاذبہ) اُس وقت سنائی
دیتا ہے، جبکہ جوڑ وجع مفاصل کی وجہ سے متورم اور سخت ہو جاتا
ہے۔ لیکن یہاں ایک قسم کی ہلکی رگڑ معلوم ہوتی ہے۔ صاف کرکراہٹ
نہیں پیدا ہوتی +

درد۔ درد اس حالت میں گاہے محض معمولی اور خفیف ہوتا
ہے، اور گاہے اسقدر شدید کہ مریض مسلسل چیختا رہتا ہے + یہ درد
علی العموم شروع میں بہت سخت ہوتا ہے، اسکے بعد رفتہ رفتہ کم ہو
جاتا ہے، اور اخیر میں نہیں رہتا۔ ہاں اگر عضو کو ہلا لیا جائے تو اخیر
میں بھی درد معلوم ہوتا ہے + جب ماؤف عضو کو چھوا جاتا ہے، یا
انگلی پھرائی جاتی ہے، تو جب ٹوٹی ہوئی جگہ پر انگلی پہونچتی ہے، تو
مریض سخت درد کی شکایت کرتا ہے۔ گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ
مقامِ کسر سے دور عضو دبایا جاتا ہے، اور درد مقامِ کسر میں پیدا
ہوتا ہے + گاہے میدان کارزار اور جدال وقتال میں بہادروں
کا دل اسقدر متوجہ ہوتا ہے، یا بھاگنے کا خیال اتنا غالب ہوتا ہے

کہ درد کی پرواہ ہی نہیں ہوتی، اور نہ اسکا زیادہ احساس ہوتا ہے،
لیکن کچھ عرصہ کے بعد جب وہاں ورم پیدا ہوجاتا ہے، تو درد کا
احساس ہونے لگتا ہے + اس علامت سے بہت زیادہ فائدہ اُس
وقت اُٹھایا جاتا ہے، جبکہ ہڈی چرگئی ہو اور اس کے دونوں سرے
ٹوٹ کر بالکل جدا نہ ہوگئے ہوں +

سوجن۔ پھولن، مقام کسر میں فوراً پیدا نہیں ہوتا ہے، بلکہ
جب وہاں مواد کا انصباب ہوتا ہے، تو ورم نمایاں ہوتا ہے۔ اگر
ممکن ہو تو ورم کے نمایاں ہونے سے پہلے ہی دیکھ لینا چاہئے۔ کیونکہ
ورم علی العموم دوسری علامتوں کو پوشیدہ کرلیتا ہے، اور پھر تشخیص
میں دشواری واقع ہوتی ہے۔ سوجن گاہے کسر مضاعف کی صورتوں
میں اُس خون سے بھی ہوتا ہے، جو ٹوٹی ہوئی بڑی رگوں سے بہتا ہے۔

ہڈی ٹوٹ کر جب اپنی جگہ سے ہٹ جاتی ہے (میلان۔ زیغان)
تو اس کی چند صورتیں پیدا ہوتی ہیں +

(۱) **میلان جانبی**[۱] (پہلوی) اس میں ہڈی کا ایک ٹکڑا سامنے
اور دوسرا پیچھے، یا ایک ٹکڑا دائیں طرف اور دوسرا بائیں طرف چلا
جاتا ہے، یہ صورت ایسے صدمہ سے واقع ہوتی ہے جو ایک ٹکڑے
کو دوسرے کی سیدھ سے ہٹا دیتا ہے +

(۲) **میلان زاوی**[۲] (زاویہ۔ گوشہ) میں ہڈی اس طرح مڑجاتی
ہے کہ مقام کسر میں ایک کونہ پیدا ہوجاتا ہے، اسکی وجہ گاہے یہ ہوتی
ہے کہ عضلات سکڑ کر عضو کو ایک طرف کھینچ لیتے ہیں، یا اسکی وجہ عضو کا

[۱] لیٹرل +	[۲] اینگولر +

بوجھ ہوتا ہے + یہ میلان زیرین اطراف میں زیادہ ہوتا ہے + اس قسم کا میلان اُس صورت میں اکثر پایا جاتا ہے جبکہ ہڈی ٹوٹ جاتی ہے اور اسکے دوسرے سرے اپنے کھردرے تیز دندانوں کے ذریعہ باہم جڑے ہوئے رہتے ہیں +

(۳) میلان رحوی[1] (رحا۔ چکی) میں ایک ٹکڑا قائم رہتا ہے، اور دوسرا ٹکڑا چکی کی طرح گھوم سکتا ہے، یہ صورت ران کی گردن اور بازو کی گردن کے ٹوٹنے میں نظر آتی ہے +

(۴) میلان تراکبی (تراکب۔ ایک کا دوسرے پر سوار ہوجانا) میں ہڈی کا ایک ٹکڑا دوسرے پر سوار ہوجاتا ہے۔ یہ صورت اُسوقت واقع ہوتی ہے جبکہ ہڈی کے ٹوٹنے کے بعد اسکے دونوں سرے عضلات کے انقباض سے ایک دوسرے پر سوار ہوجاتے ہیں اور کھسکے رہتے ہیں یہ صورت پنڈلی اور ران میں زیادہ نظر آتی ہے +

(۵) میلان ادغامی[2] (ادغام۔ گڑ جانا) میں لمبی ہڈی کا جسم سرون کی خانہ دار ساخت کے اندر گڑ جاتا ہے، گا ہے اس صورت سے میلان زاوی (گوشہ دار) بھی پیدا ہوجاتا ہے + اخیر کی ان دونوں (۴۔ ۵) صورتوں میں ہاتھ پاؤں کی لمبائی نمایاں طور پر کم معلوم ہوتی ہے +

(۶) میلان تباعدی (تباعد۔ دور ہوجانا) میں ہڈی کے دونوں سرے ایک دوسرے سے ہٹ کر دور ہوجاتے ہیں، یہ صورت گھٹنہ کی

[1] روٹے ٹوری
[2] امپکٹڈ +

ہڈی کہنی کے سرے (زائدہ مرفقیہ) اور زند اسفل کے زائدہ منقاریہ کے ٹوٹنے میں عموماً واقع ہوتی ہے + جسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عضلات ان کو کھینچکر دور لے جاتے ہیں +

(۷) میلان تضاغطی (تضاغط۔ دب جانا) میں ہڈی دب جاتی ہے، اور اس میں نشیب پیدا ہو جاتا ہے۔ مذکورہ تغیراتِ شکل کی وجہیں صرف چار ہو سکتی ہیں +

اول بیرونی سبب، جو ہڈی توڑنے کا سبب واصل (سبب قریب) ہے +

دویم برے طور پر ہڈی کو بٹھانا اور باندھنا +

سویم بدحواسی اور بے ہوشی یا بے قراری کے عالم میں مریض کا ہلنا جلنا اور ہاتھ پاؤں مارنا، اور معالج کے احکام کو نہ ماننا +

چہارم عضلات ارادیہ یا غیر ارادیہ کی حرکت +

عوارض بدنی

دو قسم کے ہیں. اوّل وہ اثرات جو فوراً پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً صدمہ اور جریان خون (نزف)، جو حالات کے لحاظ سے مختلف نوعیت کے ہوتے ہیں +

دویم وہ عوارض جو تاخیر سے پیدا ہوتے ہیں (عوارض ثانویہ) مثلاً وہ بخار جو محض ضرب کی وجہ سے عفونت کے بغیر پیدا ہوتا ہے، (حمّی ضربی غیر عفونی)[1] یہ حادثہ کے ایک یا دو روز بعد نمودار ہوتا ہے

[1] اسپ ٹک ٹراومیٹک فیور +

ں وجہ یہ ہوتی ہے کہ خارج شدہ خون کے مادہ لیفین کا خمیر
ین) جذب ہوجاتا ہے ۔ میخواروں کے کسر میں ہذیان ارتعاشی
م عرض کے طور پر پایا جاتا ہے۔ جب اسکے وقوع کی علامتیں
ہ منذرہ) نظر آنے لگیں، تو اس کی آمد کو روکنے کی تدبیریں کی
جسکا ذکر ایک مخصوص باب میں آئیگا ۔ اور اگر ہذیان کی صورت
جائے تو عضو کو حرکات سے بچانے کی تدبیر کی جائے۔ کوئی
استعمال کیا جائے، جو سوکھنے کے بعد عضو کو حرکت سے باز رکھے
س مقصد کے لئے گاہے بجہ پیرس استعمال کیا جائے ۔
کا ہے چربی کے سدے رگوں کے اندر واقع ہوتے ہیں (سدہ
ں سے موت واقع ہوتی ہے ۔

ہڈی کے جڑنے کی کیفیت

انجبار۔ ہڈی کا جُڑنا) ٹوٹنے کے بعد ہڈی کے جڑنے کی کیفیت
ہے جو دوسرے نرم اعضا میں ہوتی ہے، یعنی ٹوٹی ہوئی رگوں سے
رج ہوکر ہڈی کے دونوں سروں کے درمیان کی جگہ کو بھر دیتا
ں خون میں چند گھنٹے کے بعد خون کے سفید دانے بڑھ جاتے
ون کے لوتھڑے کو جذب کرنے کی خدمت انجام دیتے ہیں۔
ں کی خانہ دار ساخت کے کریات (دانے) بڑھنے لگتے ہیں جس سے
ئی ساخت پیدا ہوجاتی ہے، جو خون کے لوتھڑے کی جگہ کو

ین فرمنٹا ۔	۵۳ پلاسٹر آف پیرس ۔
یلم ٹرے منس ۔	۵۴ فیٹ ایبولزم ۔

پُر کر دیتی ہے۔ یہ نئی ساخت نسیج ندبی ہوتی ہے، لیکن یہاں اس سے زائد بات یہ پائی جاتی ہے کہ جو نئی ریشہ دار ساخت (نسیج یعنی) بنتی ہے وہ آخر میں ہڈی ہو جاتی ہے۔ اس نئی ساخت کے ہڈی بنانے میں زیادہ تر ہڈی کی جھلی کام کرتی ہے + یہ جھلی کچھ دور تک خون سے بُھرا اور موٹی ہو جاتی ہے، اس سے ریشہ دار ساخت جو بنتی ہے، وہ اُس ساخت سے مل جاتی ہے جو خون کے لوتھڑے کی جگہ بنتی ہے + جس سے ہڈی کے اندر اور باہر اس مقام پر گانٹھیں (دشبذ[1]) بن جاتی ہیں۔ اندرونی اُبھار کو دشبذ نقوی[2] کہتے ہیں (نقا گودہ ہڈی کا) اور بیرونی کو دشبذ خارجی[3] + یہ دونوں گانٹھیں چند روز میں تحلیل ہو جاتی ہیں + اگر ہڈیوں کے دونوں سرے باقاعدہ اپنی جگہ جڑے ہوئے ہوں، تو بعد کو ایسے مل جاتے ہیں کہ کسر کا محل و قوع معلوم کرنا دشوار ہوتا ہے اور یہ کہنا مشکل ہوتا ہے کہ ہڈی یہاں سے ٹوٹی ہے +

ہڈی کے باہر کی طرف جو گانٹھ بنتی ہے اسکو دشبذ وقتی بھی کہتے ہیں۔ کیونکہ یہ کم و بیش مدت کے بعد جذب و تحلیل ہو کر نا معلوم ہو جاتا ہے +

علی العموم تین چار ہفتوں میں ہڈی کے اندر ایسی سختی آ جاتی ہے کہ وہ بآسانی مڑ نہیں سکتی، اگرچہ ابتداءً یہ نئی ساخت نرم اور اسفنجی ہوتی ہے۔ جو کچھ عرصہ میں سخت اور ٹھوس بن جاتی ہے + اگر عضو اثنائے علاج میں سکون و آرام سے بے حرکت نہیں رکھا گیا، تو بیرونی گانٹھ (دشبذ وقتی۔ غلافی) کی مقدار بڑھ جاتی ہے۔ اور وہی باتیں واقع

---

[1] کیلس +

[2] میڈلری کیلس +

[3] اکس ٹرنل کیلس +

[4] پرووی ژنل کیلس (ان شی تھنگ کیلس، دشبذ غلافی) +

ہوتی ہیں، جو ہڈی کے بے قاعدہ جُڑنے کی صورت میں نمایاں ہوسکتی ہیں + اگر ہڈیوں کے سرے ایک دوسرے پر چڑھے ہوئے ہوں، یا دونوں سرے ٹھیک ایک دوسرے کے برابر ہوں، تو ہڈیوں کے اتصال کیسوت دشمبذ غلافی (دوتی) کی شکل میں ہوتی ہے، یعنی جوڑ کے مقام پر باہر سے ایک اُم وبھار غلاف کی طرح بن جاتا ہے + اور ہڈی کے اندر کی نالی پورے طور پر ہڈی کے طبقات سے بند ہوتی ہے۔ ایک ہفتہ کے اختتام کے بعد نئی ہڈی بننے لگتی ہے۔ اور چھ ہفتہ کے بعد تندرست اشخاص میں کافی مضبوطی کے ساتھ ہڈی جڑ جاتی ہے اور اس قابل ہوجاتی ہے کہ بندشوں (جبائر) کو علیحدہ کردیا جائے + زند اعلیٰ و زند اسفل جیسی چھوٹی ہڈیوں میں عموماً تین ہفتے کافی ہوا کرتے ہیں + گاہے آس پاس کی نرم ساختیں باہم جڑ جاتی ہیں، اور سخت الجھن کا باعث ہوتی ہیں +

علاج کسور

کسور بسیطہ کسر کے علاج میں صرف یہی مدنظر نہیں ہونا چاہئے کہ ٹوٹی ہوئی ہڈیاں جڑ جائیں، بلکہ یہ بھی ملحوظ خاطر رہنا چاہئے کہ آس پاس کی ساختیں جو ماؤف ہوگئی ہیں، اُنکا بھی مناسب علاج ہو + اسکی اہمیت اُن حالتوں میں زیادہ ہے، جو جوڑوں کے قریب واقع ہوں، جہاں اسکا امکان زیادہ ہوتا ہے کہ جوڑ سخت ہوجائے اور وہ حرکت کرنے کے قابل نہ رہے +

کسر کا علاج چند عنوانات میں بتایا جا سکتا ہے۔

۱۔ مریض کو ایک جگہ سے دوسری جگہ منتقل کرنا +

۲- ہڈی کا اپنی جگہ لوٹا کر لانا، اور اسے اچھی طرح ملا کر بٹھا دینا +

۳- پٹی، بندش اور جبائر وغیرہ لگا کر اُسکو بے حرکت رکھنا +

۴- وہاں کے تغذیہ اور پرورش کو ترقی دینا۔ اور نرم ساختونکو جڑنے نہ دینا +

۱- نقل مریض ہڈی ٹوٹ جانیکے بعد مریض کو بڑی احتیاط اور خبرداری سے مکان یا شفاخانہ تک لے جانا چاہئے، تاکہ حرکت سے زخم میں اضافہ نہو، اسلئے مناسب ہے کہ وقتی طور پر عارضی جبائر (مثلاً چھڑی، چھتری، تکیہ، گدی وغیرہ) باندھ دیے جائیں، بشرطیکہ ہاتھ پاؤں (اطراف) کی کوئی ہڈی ٹوٹی ہو، تاکہ وہ حرکت نکر سکیں۔ ورنہ بسا اوقات ایسا ہوتا ہے کہ ہڈی کی تیز کرچوں سے کوئی رگ پھٹ جاتی ہے۔ یا جلد زخمی ہو جاتی ہے جس سے کسر بسیط کسر مرکب ہو جاتا ہے + اگر زیرین اطراف کی ہڈی ٹوٹ گئی ہو تو مریض کے دونوں پیروں کو آپس میں ٹخنے اور گھٹنے کے مقام سے باندھ دیں، اور چارپائی یا تختہ وغیرہ پر لٹا کر آہستہ آہستہ لے جائیں +

۲- ردّ کسر[1] ہڈی کا اپنی جگہ پر لوٹانا، اور اسے اچھی طرح ملا کر بٹھا دینا اس کی ضرورت وہاں ہوتی ہے۔ جہاں ہڈی کے سرے بے جگہ ہو گئے ہوں + اس عمل کو کام میں لانے سے پیشتر مناسب ہے کہ عضو کے باندھنے کا سارا سامان (پٹی، جبائر، وغیرہ) اپنے پاس تیار رکھے + بعض حالتوں میں ہڈی اپنی جگہ صرف اس طرح بیٹھ جاتی ہے کہ انگلیوں سے وہاں ٹٹولنا اور دبانا پڑتا ہے + مگر بعض حالتوں میں ضرورت اس

---

[1] ری ڈکشن +

امر کی ہوتی ہے کہ پہلے عضلات ڈھیلے کر لئے جائیں، جو عضو کی بدہیئتی کے باعث ہوتے ہیں، اور اُسے بُری شکل پر قائم رکھتے ہیں، اس کے بعد زور سے عضو کو پھیلا کر کھینچا جائے + بعض حالتوں میں تخدیر[1] یعنی سُن اور بیہوش کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے، تاکہ عضلات ڈھیلے ہو جائیں اور درد نہ محسوس ہو + اور گاہے عضلات کی نسوں کو کاٹنا پڑتا ہے، اسکے بعد ہڈی بٹھائی جاتی ہے + گاہے مقامی طور پر بحس کرنے کے لئے دو تین قطرے کوکین کی پچکاری کرکے مقام ماؤف کے اوپر آلہ[2] ضاغطہ شرائین لگاتے ہیں +

ہڈی کے اپنی جگہ بیٹھنے میں جو چیزیں رکاوٹ پیدا کرتی ہیں، وہ یہ ہیں، عضلات کا تشنج، ٹوٹی ہوئی ہڈی کے ڈھیلے ٹکڑوں کا موجود ہونا ٹوٹے ہوئے سروں کے درمیان عضلات یا نسوں کا آجانا +

۳۔ **سکون** بندش اور جبائر وغیرہ کے استعمال سے، یا کسی اور طرح عضو کو پھیلا کر بے حرکت رکھنا۔ اس مقصد کے لئے کئی تدبیریں برتی جاتی ہیں +

۱۔ تختیوں اور جبیروں کا استعمال کرنا۔ جبیرے مختلف چیزوں سے بنائے جاتے ہیں۔ مثلاً لکڑی، دھات، چمڑہ وغیرہ +

۲۔ پٹی وغیرہ باندھنا +

۳۔ عضو کو کھینچکر پھیلانا +

۴۔ دوسرے آلات وسامان سے ہڈی کے سرونکو جوڑکر باندھ دینا +

---

[1] انسس تھی زیا +

[2] ٹورنی کیٹ۔ شریانوں کے دبانے کا ایک آلہ ہے، جس سے دوران خون اس عضو کا بند ہو جاتا ہے +

جبائر کے استعمال کے متعلق چند قواعد کلیہ مقرر ہیں۔

اول یہ کہ یہ جبائر ایسے ہوں کہ مقام کسر سے اوپر اور نیچے کے جوڑ حرکت نہ کر سکیں +

دویم۔ جبائر کی چوڑائی عضو کی چوڑائی سے زیادہ ہو +

سویم۔ جبائر کے نیچے گدی رکھنا چاہئیے۔ تاکہ اس کا دباؤ جلد کے نیچے کی ساخت پر ہڈیوں کے ابھاروں کے مقام میں، اور مقام کسر میں نہ پڑے + گدیوں کی لبائی چوڑائی جبائر کے موافق ہونی چاہئیے، جبائر کے نیچے عصابہ (پٹی) [1] نہ ہونی چاہئیے، سوائے اس پٹی کے جو اسادہ کو اپنی جگہ قائم رکھنے کے لئے استعمال کی جائے + دوسرے دن مقام کسر سے نیچے کے حصہ کا معائنہ کرنا چاہئیے، کیونکہ پٹیاں اگر زیادہ کسی ہوئی ہوتی ہیں، تو یہ حصے سُن، بے حس، نیلے اور سرد پڑ جاتے ہیں +

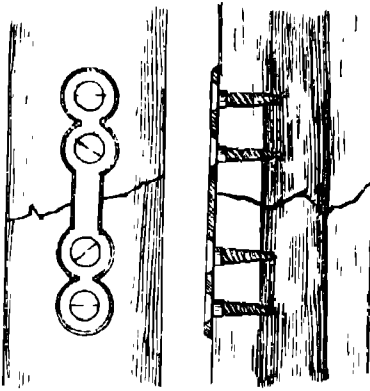
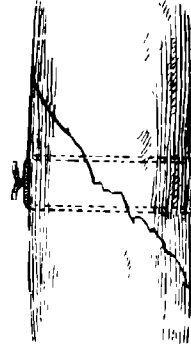
آلات کے ذریعہ ہڈی کا جوڑنا (تجبیر آلی) [2]، اسکی ضرورت عموماً گھٹنے کی ہڈی (رضفہ) اور کہنی کی ہڈی (زائدہ مرفقیہ) کے کسر میں اور پنڈلی کی ہڈی (قصبہ کبریٰ) کے ترچھے کسر (کسر مورب) میں ہوتی ہے، جو درمیانی اور زیریں تہائیوں کے مقام اتصال میں واقع ہوتا ہے۔ کیونکہ آخری شکل میں ہڈی کو اپنے مقام پر قائم رکھنا سخت دشوار ہوتا ہے + بہت سی صورتوں میں ٹوٹی ہوئی ہڈی کو خارجی طبقات سے باندھتے ہیں، یہ صورت زیادہ تر کسر مرکب میں استعمال کی جاتی ہے، اور گاہے اُن سادہ کسور میں بھی برتی جاتی ہے، جو جوڑ و نکے

[1] ڈریسنگ +

[2] میکانیکل فکسے شن +

تصویر (۵۶)

تصویر (۵۷)

کسر مؤرب (ترچھے) کو چاندی کے تار سے کسا گیا ہے۔ اس تار کو ہڈی کی پوری دبازت میں آڑے طور پر گذار گیا ہے +

کسر مستعرض (آڑے) کو اس طرح جوڑا گیا ہے کہ پہلے مناسب طبقہ (پرت) رکھکر پیچوں کے ذریعہ کس دیا گیا ہے بائیں تصویر میں اگلا رُخ دکھلایا گیا ہے، اور دائیں تصویر میں اندرونی حصہ کاٹ کر بتایا گیا ہے، تاکہ یہ معلوم ہو سکے کہ پیچ ہڈی کے اندر کیونکر کس جاتے ہیں +

قریب واقع ہوتے ہیں، اور جنکو جبیروں کے ذریعہ اپنی جگہ قائم رکھنا دشوار ہوتا ہے + اس عمل میں پہلے ہڈی کے سرے اچھی طرح نمایاں کئے جاتے ہیں، اسکے بعد ان سروں کو اچھی طرح پکڑ کر باہم بٹھایا جاتا ہے، اسکے بعد برمہ سے چھید کرکے تار کی سلائی کر دی جاتی ہے، یا پیچ کس دیے جاتے ہیں، یا چاروں طرف شبیہ[1] کا ایک پرت چڑھا کر کس دیا جاتا ہے +

ماؤف عضو کی مالش اور ہلکی ریاضت بہت ضروری چیز ہے، تاکہ جوڑ اور عضلات جُڑ کر بے حرکت نہو جائیں، اس سے صرف یہی فائدہ حاصل نہیں ہوتا ہے، بلکہ اس سے یہ فائدہ بھی پہونچتا ہے کہ ہڈی جڑنے کے بعد مریض بہت سی پریشانیوں اور عوارض سے بچ جاتا ہے + جہاں جبیرے استعمال کئے جاتے ہیں، وہاں تین ہفتے کے بعد اسے شروع کرنا چاہئے اور نہایت احتیاط رکھنی چاہئے کہ ہڈی کا تازہ اتصال نہ جاتا رہے۔ ہاتھ کے پہونچے اور ٹخنہ جیسے جوڑوں کے پاس جب ہڈی ٹوٹتی ہے، تو یہاں تین دن گذرنے کے بعد مالش شروع کر دی جاتی ہے، اور ایک ہاتھ سے مقام کسر کو پکڑ کر سہارا دیا جاتا ہے کہ اس میں غیر ضروری حرکت نہ پہونچے + کسر کی حالتوں میں جب مالش کا استعمال نہیں کیا جاتا ہے تو اکثر اوقات جوڑوں کی سختی، مقام ماؤف کا ورم وتہیج (سوجن) اور عضلات کی لاغری نہایت تکلیف دیتی ہے +

۴ تغذیہ اور پرورش کو ترقی دینا اور ساختوں کو جُڑنے سے روکنا

[1] ایلیومی نی ام +

عوارض جو اثنائے علاج میں پیدا ہو جاتے ہیں

(۱) پھیپھڑے کا ورم (ذات الریہ) جو عموماً بوڑھے آدمیوں میں زیادہ عرصہ تک چت پڑے رہنے سے پیدا ہوتا ہے (ذات الریہ رسوبیہ[1]) یہ عموماً اُس وقت ہوتا ہے جبکہ ران کی ہڈی کی گردن رباط کیسی کے اندر ٹوٹتی ہے (کسر داخل الکیس[2]) اور وہ جلد جڑتی نہیں + اسی وجہ سے مناسب ہے کہ مریضوں کو جلد سے جلد اجازت دینی چاہئے کہ کوئی سہارا لیکر اُٹھا کریں، درانحالیکہ عضو جبیروں سے بندھا ہوا ہو +

ذات الریہ رسوبیہ اُسے کہتے ہیں جو پھیپھڑوں میں خون کے اجتماع درسوب سے لاحق ہوتا ہے - یہ زیادہ تر بوڑھوں و کمزور آدمیوں میں ہوتا ہے، جن میں دوران خون بہت کمزور ہوتا ہو -

۲- زخم بستر (تقرح قطاۃ - قروح الفراش) گاہے عمر رسیدہ آدمیوں میں ہو جاتا ہے، جو کہ عرصہ تک کسی کسر کی وجہ سے چت پڑے رہتے ہیں +

(۳) گاہے بعض مریضوں کو بیساکھی (عُکّازہ[3]) بغل میں لگا کر چلنے سے ایک قسم کا فالج ہو جاتا ہے (فالج عُکّازی) کیونکہ بیساکھی کے دباؤ سے بغل کے عصبی جال پر (علی الخصوص عصب عضلی ملولبیہ[4]) دباؤ پہونچتا ہے + اس سے بچنے کی صورت یہ ہے کہ اس قسم کی بیساکھی

---

[1] ہائپو سٹے ٹک نمونیا +
[2] انٹرا کیپشولر فریکچر +
[3] عُکّاز (کرتچ) بیساکھی وہ لمبی لاٹھی جس کا سہارا بغل میں لگا کر مریض چلتا ہے +
[4] کرتچ پالسی +
[5] مسکیولو اسپائرل نرو +

استعمال کی جائے جسکے بالائی سرے میں نرم لچکدار گدّی ہو۔ اور درمیان میں ہاتھ کے سہارے کے لئے کوئی آڑی لکڑی لگی ہو تاکہ مریض اپنے بدن کا بوجھ کچھ ہاتھ پر ڈال سکے، اور بغل کے دباؤ کو کچھ کم کرسکے + اگر یہ مرض پیدا ہوچکا ہو تو اسکا علاج یہ ہے کہ اس آلہ کا استعمال بند کردیا جائے، ڈھیلے عضلات کی مالش کی جائے، اور تحریک عمل کے لئے بجلی پہونچائی جائے +

(۴) کلائی یا کہنی جب بچوں میں ٹوٹتی ہے، تو گاہے انگلیاں سکڑ جاتی ہیں، اور قوت تحریک زائل ہوجاتی ہے[۱] + کیونکہ خون کے کم پہونچنے سے عضلات لاغر ہوکر سکڑ جاتے ہیں۔ اسکا علاج بھی وہی مالش اور بجلی پہونچانا ہے +

(۵) گاہے عضلات کے اندر ایک قسم کا سخت مادہ بن جاتا ہے، جسکی ساخت ہڈی کے مانند ہوتی ہے، یہ دراصل عضلات کے ایک خاص قسم کے ورم (ورمِ عضلی مُعَظِّم) کا نتیجہ ہوتا ہے، (مُعَظِّم۔ ہڈی بنانیوالا) +

(۶) غانغرانا بھی گاہے کسر کی حالتوں میں پیدا ہوجاتا ہے، جسکی وجہیں متعدد ہیں۔ مثلاً (۱) اُسی آفت سے رگوں میں براہ راست کوئی خرابی (شریان کا پھٹ جانا۔ اسکے خون کا جم جانا) لاحق ہو، (۲) یا کسر مرکب میں پھیلنے والا غانغرانا کا تعدیہ پہونچے + (۳) گاہے زیادہ کسی ہوئی پٹی سے بھی عضو میں غانغرانا پیدا ہوجاتا ہے۔ اور جب جبیرہ کے نیچے گدیاں کافی نہیں دیجاتی ہیں تب بھی یہ عرض نمودار ہوجاتا ہے ان تمام حالات میں غانغرانا علی العموم تر ہوتا ہے + (اسکا طریقہ علاج

---

[۱] انقباض نوکمان۔ نوکمان کنٹریکچر + [۲] مائیوسائی ٹس آسی فی کنس +

بحث غانغرانا میں دیکھو) +

(۷) گاہے تختیوں اور جبیروں کے بیقاعدہ استعمال اور دباؤ سے اُبھرے ہوئے سخت مقامات پر زخم پیدا ہو جاتے ہیں (قروح جبائرلہ) جو ایک مقامی غانغرانا کی شکل پیدا کرتے ہیں۔ یہ زیادہ تر اٹڑی، اندرونی وبیرونی گٹوں پر پیدا ہوتے ہیں + اگر وہ کافی پھیلے ہوئے ہوں تو انکا علاج یہ ہے کہ باحتیاط تمام انہیں پاک صاف کیا جائے، دباؤ دور کر دیا جائے، اور مانع عفونت تکمید (ٹکور) کی جائے، تاکہ مردہ اور سڑی گلی ساختیں بہ آسانی علٰحدہ ہو جائیں + مقویات و محرکات کا استعمال کیا جائے، تاکہ زخم کے اندمال میں سہولت ہو + اور اگر مردہ حصہ (تاکل) چھوٹا سا ہو تو اُسے عفونت سے بچایا جائے، اور خود بخود طبعی طور پر اُسے جذب ہونے دیا جائے +

کسر مرکب۔ کسر واضح

کسر مرکب کی تعریف پہلے آچکی ہے کہ کسر مرکب اُس کسر کا نام ہے جسکا تعلق بیرونی ہوا سے قائم ہو گیا ہو +

اس میں سب سے بڑا خطرہ عفونت کا ہے۔ جب اسمیں عفونت پیدا ہو جاتی ہے، تو ہڈی کے چھوٹے ریزے مردہ ہو جاتے ہیں۔ اور جب ہڈی کے گودہ کے اندر ورم (ورم مخ عظام) ہو جاتا ہے، تو تقیح دم کے تمام عوارض کا خطرہ دامنگیر ہو جاتا ہے + توپ و تفنگ کے اکثر کسور کسر مرکب ہی کے قسم سے ہوتے ہیں + گاہے کسر مرکب میں زخم بہت

لہ اسپلنٹ سورز +

چھوٹا اور خشک ہوتا ہے، اور عضو میں ورم بھی نہیں ہوتا، ایسی حالت میں ایسے کسر کا علاج کسر سادہ کی طرح کیا جا سکتا ہے + کسر مرکب میں چھوٹی یا بڑی رگ کے پھٹنے سے جریان خون ہوتا ہے، جسکی کمی و بیشی کا دارومدار رگوں کے عظم و صغر پر، اور زخم کے منہ کے چھوٹے بڑے ہونے پر ہے +

ہڈی کے جڑنے کا طریقہ کسر مرکب میں کسر سادہ ہی کے مانند ہے، بشرطیکہ یہ عفونت سے بچا رہے + اگر اسکا زخم عفونت کے بغیر جلد جڑ جائے، تو یہ کسر مرکب کسر سادہ میں تبدیل ہو جاتا ہے، جسکا علاج نسبتاً بہت سہل اور سادہ ہے + اگر زخم میں پیپ پڑ جائے، تو عموماً یہاں کمی یا بیشی کے ساتھ ہڈی سڑ جاتی ہے +

عوارض بدنیہ۔ کسر مرکب کے عوارض بدنیہ (مزاجیہ) دو ہیں۔

(۱) غیر عفونی بخار جو کہ ضرب کا نتیجہ ہوتا ہے (حمی ضربیہ غیر عفونیہ) یہ اُس وقت ہوتا ہے، جبکہ کسر عفونت سے پاک ہو +

(۲) حمی عفونیہ۔ یعنی عفونت کا بخار، جو ہفتہ دو ہفتہ تک تکلیف دہ صورت میں قائم رہتا ہے، یہ اُس وقت حاصل ہوتا ہے، جبکہ کسر میں عفونت داخل ہو گئی ہو +

علاج کسر مرکب۔ شعاع رانجینی[1] سے ٹوٹے ہوئے عضو کا فی الفور عکس لیا جائے، اور اس میں حتی الامکان تاخیر نہ کی جائے، اور اسی عکس پر علاج کا دارومدار رکھا جائے، عکس لینے کے بعد اگر ضرورت محسوس ہو تو موجودہ زخم کو وسیع کر کے ٹوٹے ہوئے مقام کو پورے طور

---

[1] اسپ ٹک ٹراؤمے ٹک فیور + [2] اکس ریز +

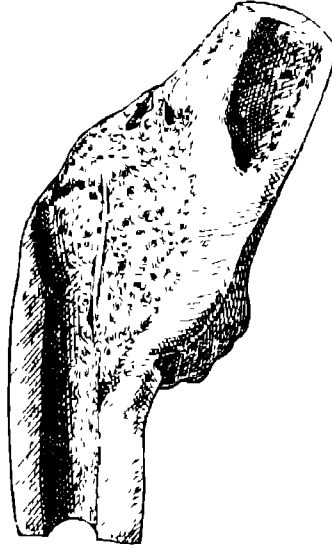
پر کھول ڈالا جائے، اُن ساختوں کو نشتر سے چیر دیا جائے، جن میں خرابی لاحق ہوئی ہو۔ اور نقصان پہونچا ہو، اور ہر قسم کے بیرونی اجسام (اجسام غریبہ) دور کردیئے جائیں، اور ان کے ساتھ ہڈی کے وہ ریزے (شظایا) بھی نکال دیے جائیں، جو پورے طور پر ڈھیلے اور الگ ہو چکے ہوں، لیکن ٹوٹی ہوئی ہڈی کے بڑے بڑے ٹکڑے قائم رکھے جائیں، جن کے ساتھ جھلی اور عروق کا تعلق موجود ہو۔ ہاں اگر عفونت وناپاکی بُرے طور پر پھیل چکی ہو، تو اس صورت میں ہڈی کے ٹکڑے نکال دیے جاتے ہیں اور ان کے اوپر کی جھلی باحتیاط تمام محفوظ رکھی جاتی ہے + جب ہڈی کی جھلی محفوظ رکھی جاتی ہے، تو کسی بڑے ٹکڑے کے نکال لینے پر بھی ہڈی کا اچھی طرح جڑ جانا ممکن ہے +۔ یہ ابتدائی علاج جس قدر مکمل اور پورا ہوگا، اُسی قدر آخری نتیجہ بہتر برآمد ہوگا + زخم کو فی الفور سی دینا (خیاطت اوّلیہ[1]) اگرچہ بعض اوقات مناسب ہوجاتا ہے، لیکن عام طور پر سینے (خیاطت) میں تاخیر ہی مناسب ہوتی ہے، یعنی زخم کو سینے کے لیے عموماً تیسرے روز تک انتظار کیا جاتا ہے (خیاطت اولیہ مؤخرہ[2]) جو زیادہ کامیاب ہوتا ہے +

اگر یہ بھی کسی وجہ سے ناممکن ہو تو عام طور پر یہ ممکن العمل ہوتا ہے کہ پہلے استاذ وکن کے طریقۂ علاج کے مطابق زخم کی تدبیر کی جائے، اسکے بعد زخم میں ٹانکے لگائے جائیں (خیاطت ثانویہ[3]) +

---

[1] پرائمری سیوچر +

[2] ڈلیڈ پرائمری سیوچر +

[3] سکنڈری سیوچر +

تصویر (۵۸)

ران کی ہڈی ٹوٹ جانے کے
بعد بُرے طور پر جُڑ گئی ہے
(عثم)، اور نمایاں بد وضعی
(فسادِ شکل) باقی ہے۔

کسرِ غیر مُنجبر اور مفاصل کاذبہ

یعنی وہ کسر جو جڑا نہو، اور جھوٹے جوڑ (انجبار۔ ہڈی کا جڑ جانا) ایسا بہت کم اتفاق ہوتا ہے کہ ٹوٹی ہوئی ہڈیاں نہ جڑیں، چنانچہ بعض لوگوں نے لکھا ہے کہ ہزار واقعات میں بالاوسط شائد ایک مرتبہ ایسا وقوع ہوا ہو۔ علاوہ ازیں بعض ہڈیاں قدرتاً ایسے موقع اور محل میں واقع ہیں کہ ہڈی کے مادہ سے جڑتی ہی نہیں۔ مثلاً گھٹنہ کی ہڈی اور کہنی کا سرا (زائدہ مرفقیہ) اور ران کی ہڈی کا سرا رباط کیسی کے اندر +

کسر غیر منجبر کی تین قسمیں ہیں۔ (۱) یہ کہ ہڈیاں مطلق نہ جڑیں، ہڈیوں کے سرے باریک، نوکیلے اور لاغر ہوجائیں + (۲) یہ کہ ہڈیاں بذریعہ ریشہ دار مادہ کے جڑیں (انجبار ریفی[1]) (۳) یہ کہ جھوٹے جوڑ (مفاصل کاذبہ[2]) پیدا ہوجائیں، جسکی صورت یہ ہے کہ ہڈیوں کے سرے غضروفی مادہ سے ڈھک جائیں، اور ریفی ساخت اسکو اس طرح گھیر لے کہ اس سب کے اوپر ایک غلاف بن جائے + دوسری صورت عام طور پر گھٹنے کی ہڈی اور کہنی میں واقع ہوتی ہے، اور پہلی صورت بازو کے جسم کے وسطانی حصہ میں +

اسباب۔ اسکے اسباب دونوں قسم کے (عمومی اور مقامی) ہوتے ہیں، جن میں مقامی اسباب کو زیادہ اہمیت حاصل ہے + مقامی اسباب مندرجہ ذیل ہیں :-

(۱) اچھی طرح ہڈی کے سروں کو اپنی جگہ پر نہ بٹھانا +

لہ ان یونائیٹڈ فریکچر +　　[1] فائبرس یونین +　　[2] فالس جوائنٹ +

(۲) پورے طور پر اسے بے حرکت نہ رکھنا +

(۳) ہڈیوں کے سروں کے درمیان میں کسی عضلہ، وتر یعنی ساخت یا ڈھیلی ہڈی کا موجود ہونا +

(۴) ہڈیوں کے دونوں یا ایک سرے کو اچھی طرح خون کا نہ پہونچنا +

(۵) ہڈی کا کوئی مقامی مرض۔ مثلاً غیر معمولی طور پر ہڈی میں کسی جگہ افزائش کا ہوجانا +

(۶) ہڈی کا کوئی عمومی مرض، مثلاً مرض رخاوتِ عظام (ہڈی کے نرم ہوجانے کی بیماری) +

بدنی اسباب (مزاجی اسباب) یہ ہیں۔ عفونت کے خصوصی بخار (حمیاتِ نوعیہ) مرض داء القلع اور سمیت شراب +

انذار (انجام مرض) عموماً بخیر ہوتا ہے، بشرطیکہ علاج با قاعدگی سے کیا جائے، مگر بچے اس حکم سے استثنار رکھتے ہیں۔ یعنی ان میں انجام مرض عموماً اچھا نہیں ہوتا ہے +

علاج۔ جب تک بارہ مہینے نہ گزر جائیں، کسی کسر کو غیر منجبر (نہ جُڑا ہوا) نہیں کہا جا سکتا۔ اس اثنا میں دو تین بار دن میں عضو کی مالش کرنی چاہئے، تاکہ عضو کے تغذیہ میں ترقی ہو، اور ان وقفوں میں عضو کو بحرکت کرنے کے لئے ایسے جبیروں میں رکھیں، کہ عضو کی حرکت کے باوجود مقام کسر حرکت نہ کرسکے + اس حالت میں ایسی ترکیب کرنا بھی نہایت مفید ثابت ہوتا ہے، جس سے اُس عضو میں اجتماعِ خون عارضی طور پر ہو، اس مقصد

سلہ کانسٹی ٹیوشنل کاز +

سلہ اسپے سی فک فیور +

سلہ اسکروی +

کے لئے لچکدار پٹی (عصابۂ لدنہ[1]) عصابہ (پٹی) استعمال کیا جاتا ہے، جس سے وریدیں دب جاتی ہیں، اور خون کی واپسی میں رکاوٹ پیش آنے سے عضو میں خون کافی مقدار میں جمع ہو جاتا ہے + عام بدنی صحت کی طرف بھی توجہ کرنی چاہیئے، اس مقصد کے لئے تازہ ہوا، اچھی غذا اور ادویہ مقویہ کا بندوبست کیا جائے +

اگر یہ علاج ناکام ثابت ہو، تو ہڈیوں کے دونوں سروں کو رگڑ کر تازہ کر کے تار کی سلائی کر دی جائے، یا کوئی پرت چڑھا دیا جائے لیکن زیادہ بہتر نتیجہ عام طور پر اس طرح حاصل ہوتا ہے کہ ہڈی میں ہڈی کا پیوند لگایا جائے (ترقیع عظمی[2]) جسکی صورت یہ ہے کہ دونوں سروں کے درمیان درار بنایا جائے، جس میں پیوند کا ٹکڑا جما دیا جائے +

پیوند کے یہ ٹکڑے اسی مقام کی ہڈیوں سے بھی لئے جا سکتے ہیں، اور اگر یہ صورت ناممکن ہو تو مریض کی ٹانگ کی ہڈی (قصبۂ کبریٰ) یا پسلی سے لئے جائیں + اسکے بعد چند ماہ تک عضو کو سخت جھٹکوں اور صدموں سے بچایا جائے، تاکہ پھر دوبارہ جوڑ کے مستحکم ہونے سے قبل نہ اُکھڑ جائے +

اس حالت میں گاہے یہ عمل بھی کیا جاتا ہے کہ ہڈی کے دونوں سروں کو کسی قدر کاٹ کر نکال لیا جاتا ہے، اسکے بعد ان سرونکو چاندی یا لوہے کے تاروں سے سی دیا جاتا ہے + اور گاہے دونوں سرے ترچھے طور پر آری سے کاٹے جاتے ہیں، تاکہ دونوں متصلہ سطحیں زیادہ وسیع اور کشادہ ہو جائیں، اور ہڈی کے جڑنے کا فعل تیزی سے

---

[1] الاسٹک بنڈیج + [2] بون گرافٹ +

وقوع میں آئے + اس عمل میں یہ خرابی ضرور لازم آئیگی کہ عضو کی لمبائی کم ہوجائے +

گاہے دونوں سروں کے پاس برمہ سے چھید کرا سکے اندر دندانِ فیل کی میخیں ڈال دیتے ہیں، اور چند ہفتہ کے بعد اسے نکال لیتے ہیں جس سے التہابی کیفیت پیدا ہوجاتی ہے۔ اور ہڈی جلد جڑ جاتی ہے +

گاہے مقام کسر میں چند سوئیاں چبھو دی جاتی ہیں، تاکہ وہاں التہابی کیفیت پیدا ہونے کے بعد ہڈی جڑ جائے + گاہے اسی مقصد کے لئے تانبہ یا لوہے کا تار داخل کرکے ایک ہفتہ تک رکھدیا جاتا ہے جس سے وہاں پیپ پیدا ہوجاتی ہے +

ہڈی کا بُرے طور پر جڑنا (عَثَم)[1]

عَثَم سے مراد یہ ہے کہ ہڈی ایسے بُرے طور پر جُڑے کہ عضو کی ہیئت بگڑ جائے، یا اُسکے طبعی فعل میں خلل واقع ہو + اگر یہ حالت زیادہ تکلیف دہ ہو تو مریض کو بیہوش کرکے مقام کسر کو کھول کر ہڈیوں کو الگ کیا جائے اور تار یا پیچ کے ذریعہ یہ اچھی وضع پر قائم کی جائیں +

(۱) العثم ہو الانجبار علی غیر استواء (المصباح) ہڈی کے بیقاعدہ جڑ جانے کا نام عثم ہے (مصباح) +

(۲) عثم کژ بستہ شدن استخوان (صراح) +

---

[1] وی شس یونین +

مفرداتِ کسور

خاص خاص ہڈیوں کے کسر

چہرہ کی ہڈیاں ناک کی ہڈیاں عموماً آڑے طور پر ضرب[1] واصل سے ٹوٹا کرتی ہیں، مثلاً ناک پر گھونسہ مارا جائے، یا مریض ناک کے بل گر جائے اسکے ساتھ گاہے کھوپڑی کے تلہ کی ہڈیاں بھی ٹوٹ جایا کرتی ہیں۔ اسکی علامات یہ ہیں کہ ناک میں درد اور ورم ہوگا (جو گاہے تشخیص میں دشواری پیدا کر دیتا ہے) کرکراہٹ (خشخشہ) محسوس ہوگی، اور پہلوی جانب ناک ٹلی ہوئی ہوگی (میلان جانبی) نکسیر جاری ہوگی۔ گاہے اسکے ساتھ شدید انتفاخ (ورم ریحی۔ نفخہ) بھی ہوتا ہے، جسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جلد کے نیچے کی ساخت میں ہوا بھر جاتی ہے۔ گاہے اس کے ساتھ عظم الدمع (عظم ظفری۔ آنسو کی ہڈی) بھی ٹوٹ جاتی ہے، جس سے مجرائے دمع (آنسو کی نالی) میں ناصور ہو جاتا ہے (غرب چشم)۔ گاہے وتیرہ (عظم قاسم الانف) بھی ٹوٹ جاتی ہے۔ چونکہ اس مقام کا کسر بہت جلد سخت ہو جاتا ہے، اسلئے تشخیص و علاج میں سہولت اُسی وقت حاصل ہوتی ہے، جبکہ وقوع کے بعد جلد ہی اسکا موقعہ مل جائے۔

علاج۔ ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو حتی الامکان برابر کرکے ملایا جائے اس مقصد کے لئے ناک کے اندر قاطر زنانہ یا سخت موٹی سلائی (مرود زہرادی) داخل کرکے ہڈیوں کو اونچا کریں، اور اپنی جگہ پر انگلیوں کے

---

[1] وہ چوٹ جو براہ راست ناک پر پہونچے (واصل۔ ڈائرکٹ)۔

ذریعہ دباؤ ڈالکر بٹھائیں + گا ہے اس مقصد کے لئے جفت[۵۱] الاسادہ یا کوئی اور جفت (ملقط) داخل کرکے کھولی جاتی ہے۔ یا مرشد[۵۲] نامی سلائی داخل کی جاتی ہے + اگر جفت کے سروں پر داخل کرنے سے پہلے ایک گدی لگا دیں تو بہتر ہے کہ ناک زخمی نہ ہو جائے + اگر جریان خون ہو تو نسالہ[۵۳] تیل سے تر کرکے ناک کے اندر بھر دیں تاکہ وہ ڈاٹ کا کام دے + گا ہے ناک کی ہڈیوں کو اُٹھانے کے لئے ناک کے اندر مُوسّعہ[۵۴] نامی پھیلا ہوا آلہ (ربڑ کا) داخل کرکے اسکے اندر پانی بھر دیا جاتا ہے + اور ناک کو اپنی وضع پر قائم رکھنے کے لئے باہر سے کوئی مناسب مقام جبیرہ رکھا جاتا ہے، یا خرقہ (دھجی) یا نسالہ کو سفیدی بیضہ میں یا لازوقہ[۵۵] میں تر کرکے ناک پر رکھدیا جاتا ہے۔ اور اُنگلی سے برابر کرکے خشک کر دیا جاتا ہے جس سے ناک کے لئے ایک جبیرہ بن جاتا ہے[۵۶] + یہ کسر تقریبًا دو ہفتہ میں جڑ جاتا ہے +

اگر ناک ٹیڑھی ہو جائے، تو اُسکو مناسب دباؤ سے سیدھا کرکے قائم رکھیں +

اگر ناک کے درمیان کی ہڈی (دتیرہ۔ قاسم الانف) ٹوٹے، تو ناک کے اندر اسکو وضع طبعی پر بٹھا کر دو نلکیوں پر نسالہ یا نرم خرقہ (دھجی) لپیٹ کر دونوں نتھنوں کے اندر داخل کریں تاکہ تنفس بھی جاری رہے + اگر جلد زخمی ہو (کسر مرکب ہو) تو ہڈی کے اُن ٹکڑوں کو باہر نکال لیں

[۵۱] ڈرسنگ فارسپس +
[۵۲] ڈائرکٹر +
[۵۳] لنٹ +
[۵۴] ڈائی لے ٹر +
[۵۵] کلوڈین +
[۵۶] یہ حاشیہ صفحہ ۳۹۷ پر ملاحظہ کیجئے۔

جو بالکل الگ ہو چکے ہوں +

"اگر ناک کی ہڈیاں ٹوٹ کر چھوٹی چھوٹی ہو جائیں، یا وہ ریزہ ریزہ ہو جائیں، تو شگاف دیکر کسی مناسب آلہ سے اُنہیں باہر نکال لیں، پھر شگاف کو سی کر ایسے مرہم لگائیں جو گوشت لاکر زخم بھر دیں" (زہراوی)

---

۵۶ زہراوی کہتا ہے:- جب ناک کی دونوں ہڈیوں سے ایک ہڈی ٹوٹے، تو مناسب یہ ہے کہ چھوٹی انگلی ناک کے سوراخ میں داخل کر کے اندر سے اسے برابر کریں، اور سبابہ اور انگوٹھے کی مدد سے باہر سے برابر کریں، یہاں تک کہ ناک اپنی طبعی شکل پر آ جائے یہ عمل نرمی کے ساتھ ہونا چاہیئے، اور اس فعل سے مریض کو درد (بیقرار کرنیوالا) نہ ہونا چاہیئے اگر ناک کا بالائی حصہ ٹوٹے، اور انگلی وہاں تک نہ پہونچ سکے، تو کافی موٹی سلائی لیکر اسکے سرے سے برابر کریں + اگر دونوں طرف کی ہڈیاں ٹوٹیں، تو بھی اسی طرح کریں + ناک کے کسر کو حتی الامکان پہلے ہی دن جوڑنے کی کوشش عجلت کے ساتھ کرنی چاہیئے، ورنہ ساتویں یا دسویں روز کے بعد، جبکہ ورم حار میں سکون ہو جائے پھر ناک کے سوراخ میں کتان نامی کپڑے کی بتی (فتیلہ) بھر دیجائے اگر ایک طرف کی ہڈی ٹوٹی ہو تو ایک طرف، ورنہ دونوں طرف + یہ بتی اسقدر رکافی موٹی ہونی چاہیئے کہ ناک کے سوراخ کو بھر دے + بعض تجربہ کار متقدمین نے لکھا ہے کہ ان بتیونکو گھی میں تر کر لیا جائے، اور ہر روز یہ بدلی جائیں۔ اور گلہے ناک کے اندر کپڑے کی بتیوں کی جگہ مرغابی کے پر کی نلکیاں (انابیب) داخل کی جاتی ہیں، جن پر نرم اور ملائم دھجیاں لپیٹ دی جاتی ہیں، تاکہ ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کو اپنی جگہ (بمقابلہ بتی کے) زیادہ سختی کے ساتھ روک سکیں، اور تاکہ مریض کا تنفس بھی بند نہ ہو + لیکن یہ کوئی ضروری نہیں ہے، خواہ بتیاں داخل کی جائیں، اور خواہ پر کی نلکیاں + اگر اثنائی عمل میں ناک کے اندر ورم حار پیدا ہو جائے تو ناک پر قیر وطی کا ضماد لگایا جائے، یا روئی رکھی جائے جو سرکہ (بقیہ حاشیہ صفحہ ۳۹۸ پر)

اور ورم کا خیال رکھیں، اگر ورم نمودار ہو تو جونکیں لگائیں، اور مسہل دیں اگر مادہ پک جائے (پیپ پڑ جائے) تو نشتر لگائیں + دماغ پر دباؤ پہونچنے سے جب بیہوشی کی علامتیں پیدا ہوں، تو اسکا علاج سر کی ہڈی کے ضرب کے مطابق کریں، جسکا ذکر تفصیل کے ساتھ آگے آنیوالا ہے + بعض اوقات عظم قاسم الانف نکال بھی لی جاتی ہے + "اگر ناک کے اندر کوئی زخم پیدا ہو جائے، تو مناسب فیتلوں سے علاج کریں، اور انابیب رصاص (سیسہ کی نلکیاں) استعمال کریں" (زہراوی) +

عظم الوجنہ (رخسارہ کی ہڈی) عموماً تنہا بہت کم ٹوٹا کرتی ہے، بلکہ اسکے ساتھ دوسری ہڈیاں بھی شریک آفت ہوتی ہیں، عظم الوجنہ کے ٹوٹنے کی حالت میں تجویف برنجی (فضاء الفک) کی اگلی دیوار علی العموم خراب ہو جاتی ہے۔ اور رخسارہ کے مقام میں دباؤ پیدا ہو جاتا ہے جو اسکے ٹوٹنے کی علامت ہے۔ مگر یہ علامت ہمیشہ نمایاں نہیں ہوتی ہے، کیونکہ اسکے اوپر کی نرم ساخت میں بہت جلد ورم آجاتا ہے + اس ہڈی کے جوڑنے کی اور اپنی جگہ پر لانے کی ترکیب اسکے سوا کچھ نہیں ہے کہ منہ کے اندر انگلی ڈالکر اسکے اٹھانے کی کوشش کی جائے، اور باہر سے بھی اسے برابر کیا جائے +

(بقیہ حاشیہ صفحہ ۳۹۷) اور روغن گل میں یا مرہم داخلیون میں تر کی گئی ہو + اگر ورم حارنہ عارض ہو تو مناسب ہے کہ ناک پر باہر سے آرد گندم باریک، آرد کندر، سفیدی بیضہ میں گوندھکر لگائیں، اور اوپر سے نرم کپڑا رکھدیں + اور ناک کو کسی چیز سے بالکل نہ باندھیں +

لہ انٹرم ہائمور +

قوس زوجی جب عنف[1] و اصل (ضرب و اصل) سے ٹوٹتا ہے تو یہ دب جاتا ہے، اور جبڑے کی حرکت میں چباتے وقت دشواری پیدا کرتا ہے + اسکو اپنی جگہ پر لانے کی تدبیر یہ ہے کہ اسکے اندر سے چاندی کا تار گزار کر اسکو اوپر کی طرف کھینچا جائے + یا جلد میں شگاف دیکر نشتر کا دستہ ہڈی کے نیچے گزار کر اسے اُٹھایا جائے +

گاہے انگلیوں کے مناسب دباؤ سے بھی یہ اپنی جگہ پر آجاتا ہے یہاں عام طور پر جبائر وغیرہ کی ضرورت نہیں ہوتی ہے + اگر ہڈی کی کرچیں عضلہ صدغیہ میں گڑ جائیں، تو انکا نکالنا ضروری ہے +

فک اعلیٰ (بالائی جبڑا)

اکثر اوقات شدید ضرب کی وجہ سے ٹوٹا کرتا ہے۔ جس سے دانت ہل جاتے، اور گاہے گر جاتے ہیں۔ مسوڑھے دانت سے جُدا ہو جاتے ہیں +

علاج :- اگر جریان خون (نزیف دموی) ہو تو اس کو روکنے کی کوشش کریں۔ دانت ہل رہے ہوں تو سونے کے تاروں سے دانتوں کو باندھ دیں۔ اگر کسر مرکب ہو جائے تو صفائی (تطہیر) کے قواعد کام میں لائیں۔ بعض اوقات ہڈی مردہ بھی ہو جایا کرتی ہے +

فکِ اسفل (زیرین جبڑا)

یہ مختلف مقامات سے ٹوٹا کرتا ہے۔ چنانچہ گاہے اس ہڈی کا جسم

[1] ڈائرکٹ وائلنس +

ناب (کیل) نامی دانت، اور پہلوی سن قاطع کے درمیان ٹوٹا کرتا ہے
گا ہے بچوں میں یہ ہڈی التحام ذقنی کے مقام سے، اور گا ہے جسم اور
شعبہ کے مقام اتصال سے ٹوٹا کرتی ہے. گا ہے اسکا زائدہ لقمیہ اور
زائدہ منقاریہ گولی کی چوٹ سے ٹوٹا کرتے ہیں. مگر فک اسفل کا زاویہ
اکثر ٹوٹا کرتا ہے. اور التحام ذقنی کا کسر ہمیشہ سیدھا ہوا کرتا ہے (خط
مستقیم پر ہوتا ہے). برعکس اسکے جب یہ ہڈی زاویہ کے قریب سے ٹوٹتی
ہے. تو ترچھے طور پر ٹوٹا کرتی ہے. اسی طرح یہ ہڈی گا ہے ایک مقام سے
ٹوٹتی ہے. اور گا ہے متعدد مقامات پر +

اسباب۔ کوئی شدید ضرب۔ یا بندوق کی گولی کا لگنا +

علامات۔ مقام ماؤف پر درد اور ورم نمودار ہوتا ہے۔ فک
اسفل (زیرین جبڑے) کی حرکت بند ہو جاتی ہے، دانت ناہموار ہو جاتے
ہیں۔ دونوں جبڑوں کے دانت ایک دوسرے کے مقابل نہیں رہتے
وہ عضلات جو اس ہڈی کے اور عظم لامی کے درمیان ہیں، ٹوٹی ہوئی
ہڈی کے اگلے ٹکڑے کو نیچے کی طرف کھینچ لاتے ہیں. اور پیچھے کا ٹکڑا
عضلات صدغیہ اور مضغیہ کی وجہ سے سخت، اپنی جگہ قائم، اور بیحرکت
ہو جاتا ہے. خشخشہ (کرکراہٹ) معلوم کرنے کی ضرورت ہو تو ایک ہاتھ
کو پچھلے ٹکڑے پر رکھا جائے۔ اور دوسرے ہاتھ سے التحام ذقنی کو حرکت
دیجائے + گا ہے ازدیاد ورم کی وجہ سے خشخشہ کا احساس نہیں بھی ہوتا
ہے. لیکن دانت کے ہلانے سے خود مریض کو خشخشہ کا احساس ہوتا ہے.
نیز اس حالت میں مسوڑھے پھٹ جاتے ہیں. جریان خون ہوتا ہے۔ اور
شکستہ مقام کے دانت ہل جاتے، اور گا ہے گر بھی جاتے ہیں +

اگر اسکا زائدۂ لقمیہ ٹوٹ جاتا ہے۔ تو اسکو عضلہ جناحیہ وحشیہ (وتدیہ وحشیہ) اپنے انقباض کی وجہ سے اوپر کی طرف دور تک کھینچ لے جاتا ہے۔ اور جب یہ ہڈی زاویہ کے مقام سے ٹوٹتی ہے۔ تو کچھ عرصہ کے لئے عصب سنی کے ماؤف ہونے کی وجہ سے زیرین لب کی حس جاتی رہتی ہے +

علاج :- ایک موٹے "جوتابر کا" کو گرم پانی میں ڈالیں۔ تاکہ یہ نرم ہوجائے۔ پھر اسکے دونوں سروں کو اس ترکیب سے کاٹیں کہ اس ٹکڑے کی چار شاخیں ہوجائیں۔ اور وسط کا حصہ نہ کٹے۔ نیز نیچے کی دونوں شاخیں اوپر والی شاخوں سے نسبتاً چھوٹی رکھی جائیں + پھر نیچے کی شاخوں کو اوپر کی شاخوں کے ساتھ اس طرح لپیٹیں کہ اس کی شکل دونہ کے مانند ہوجائے۔ اور نیچے کا جبڑا (ڈاڑھی) اسکے اندر آجائے پھر اسے جبڑے پر رکھکر رباطِ رباعی الاذناب (چار دُم کی پٹی) سے باندھ دیں +

(۱) اس قسم کی (چار سرے والی) پٹی کے بنانے کی ترکیب یہ ہے کہ تقریباً ڈیڑھ گز لمبا اور چار تیراط چوڑا کپڑا لیں۔ پھر اسکے دونوں سروں کو جوتابر کا کی طرح کاٹ کر۔ یا پھاڑ کر چار شاخوں میں منقسم کردیں نیز اسکے درمیانی حصے کو بھی کچھ دور تک کاٹ کر اس میں سوراخ بنادیں کہ اسکے اندر ٹھوڑی (ذقن) آجائے۔ درمیانی حصہ تقریباً آٹھ تیراط کا ہونا چاہئے جو کٹا ہوا نہ ہو۔ پھر اسے ڈاڑھی پر رکھکر اوپر کے دونوں سروں کو گردن کے پیچھے نتو قمحدوی کے پاس باندھیں اور نیچے کے دونوں سرے دل

۱؎ جوتابر کا "گٹا پرچہ" کا مصری تلفظ ہے۔ یہ سماٹرا کے ایک درخت کی منجمد رطوبت ہوتی ہے بیروتی تلفظ میں اسکو کتابرخا کہا جاتا ہے۔ ۲؎ فورسیل بنڈیج + ۳؎ تیراط۔ انچ +

(اذناب۔دُم) کو قحف (کھوپڑی) کے اوپر لاکر باندھیں۔ گاہے دونوں گرہوں کو پٹی کے ایک ٹکڑے کے ذریعہ باندھتے ہیں +

گاہے اس قسم کی پٹی کی بجائے گول پٹی (عصابہ ملفوفہ) اختیار کیجاتی ہے۔ جو ٹھوڑی، گردن، اور قلۃ الراس پر گھومتی ہے +

غذا:۔ پندرہ روز تک مریض کو دودھ اور شوربہ جیسی رقیق غذائیں کھانے کو دیں۔ تاکہ مریض کو چبانا اور منہ کھولنا نہ پڑے۔ بلکہ وہ بلا دانت کھولے رقیق اغذیہ کو چوس لے گا ہے اس مقصد کے لئے دانت کو توڑنا پڑتا ہے۔ اور گاہے ٹوٹے ہوئے دانت کی خالی جگہ کارآمد ہو جاتی ہے۔ غسولات مانع عفونت سے کلّی (مضمضہ) کراتے رہیں۔ کہ زخم تعفن سے بچا رہے۔ علی العموم اسکا مریض چار یا پانچ ہفتہ میں شفایاب ہو جایا کرتا ہے۔ یعنی ہڈی تقریبًا پانچ ہفتہ میں جڑ جاتی ہے +

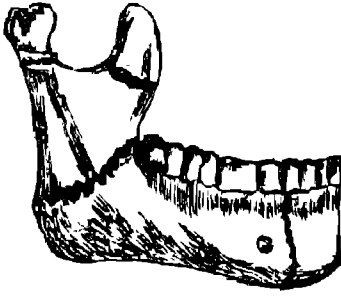
اگر فک اسفل کا شعبہ یا زائدۂ لقمیہ کی گردن، یا زائدۂ منقاریہ ٹوٹے تو رخسارہ اور جبڑے کے باہر کوتا برخا کا ایک ٹکڑا لگا دیں۔ دانت اگر بہت ہل گئے ہوں۔ تو سونے۔ یا چاندی کے تاروں سے کس دیں +

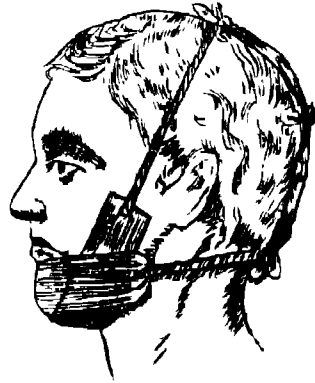
گاہے فک اسفل کے ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو باہم نزدیک لانے کے لئے ہڈی میں چھید کرتے ہیں۔ اور تار کے ذریعہ ٹوٹے ہوئے سروں کو کھینچ کر ملا دیتے ہیں۔ جس سے انکا التحام آسان ہو جاتا ہے +

گاہے ان ٹکڑوں کو باہم ملانا بہت دشوار ہوتا ہے، ایسی صورت میں پہلے کوتا برخا یا موم سے ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کو نزدیک لاکر دانتوں کا قالب یا سانچہ بنا لیتے ہیں۔ پھر اسی سانچہ کے مطابق ٹین یا جست کا جبیرہ

سلہ رولر بینڈج +

تصویر (۶۰)

زیرین جبڑے کے کسر میں رباط رباعی الاذناب (چار سرے والی پٹی) کے استعمال کا طریقہ ۔

تصویر (۵۹)

زیرین جبڑا، جس میں یہ دکھلایا گیا ہے کہ زیادہ تر یہ ہڈی کہاں کہاں سے ٹوٹا کرتی ہے ۔

تصویر (۶۱)

چمڑے کا جبیرہ (جبیرۂ جلدیہ) جو فک اسفل کے کسر میں استعمال کیا جاتا ہے ، اور اسکا طریقہ استعمال ۔

بناکر دانتو نیز لگا دیتے ہیں جس سے ٹکڑے آپسمیں ملے رہتے ہیں۔ اس قسم کی جبیر کو جبیرۂ سنی باطن کہتے ہیں۔

جب کسر مفتت ہوتا ہے یعنی ہڈی ٹکڑے ٹکڑے ہو جاتی ہے یا جب مقام کسر پک جاتا ہے یا سیب پڑ جاتی ہے تو اس صورت میں بہت زیادہ احتیاط کی ضرورت پڑتی ہے گا اُس وقت جلد میں شگاف دیکر کرچوں (شظایا) اور ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو نکالنا پڑتا ہے۔ پھر زخم میں ٹانکے لگا دیے جاتے ہیں، جیسا کہ بعض اوقات یہی عمل اُس وقت کرنا پڑتا ہے جبکہ فک اسفل کا کوئی حصہ کسی مرض کی وجہ سے کاٹ کر علیحدہ کر لیا جاتا ہے اسی طرح ہڈی کا کوئی حصہ جب مردہ ہو جاتا ہے تو اسے باہر نکالنا پڑتا ہے۔

عظم لامی کا کسر

یہ ہڈی شاذونادر ہی ٹوٹتی ہے۔ لیکن گاہے گلا گھوٹنے، پھانسی لگانے، اور گاہے متصلہ عضلات کے انقباض سے یہ ہڈی ٹوٹ جایا کرتی ہے۔ چنانچہ جب یہ ٹوٹ جاتی ہے۔ تو بولنے اور نگلنے کے وقت سخت تکلیف ہوتی ہے منہ سے کف جاری رہتا ہے۔ ورم و انتفاخ گاہے اتنا ہو جاتا ہے کہ اس سے مریض کا گلا گھٹنے لگتا ہے۔ اس ہڈی کے ٹوٹنے کے وقت قرقعہ (آواز) ہوتا ہے +

علاج۔ ہڈی کو اپنی جگہ لوٹا کر لانے کی ترکیب یہ ہے کہ ایک ہاتھ کے سبابہ نامی انگلی کو منہ میں داخل کر کے زبان کی جڑ کے پیچھے لیجائیں اور اس سے ہڈی کے ایک ٹکڑے کو دبائیں۔ اور دوسرے ٹکڑے کو باہر سے دوسرے ہاتھ سے دبائیں۔ جب دونوں ٹکڑے آپس میں مل جائیں۔ تو کرتا برخا باہر سے لگا کر اسے قائم کر دیں۔ اگر اس ترکیب سے مقصود حاصل نہ ہو۔ تو جلد میں شگاف دیکر کسی آلہ سے (مثلاً مِشبک سے) ہڈی کے ٹکڑے کو کھینچ کر ملائیں + پھر مانع التہاب تدابیر عمل میں لائیں۔

---

۵۱ نشرا ڈنٹل اسپلنٹ +	۵۳ مِشبک (ٹناکیولم) عروق کو پکڑنیکا ایک آلہ ہے اسکو مِقبض بھی کہتے ہیں +
۵۲ کری پے ٹیشن +	

مریض کو کلام کرنے سے روک دیں۔ اور کسی چیز کے نگلنے کی قطعی اجازت نہ دیں۔ ورنہ اس حرکت (ازدراد سے) وہ بیٹھے ہوئے ٹکڑے ٹوٹ جائینگے۔ نیز مریض کے سر کو جھکا کر سینہ کی طرف لے آئیں۔ اور وہاں لاکر باندھ دیں تاکہ التحام بآسانی ہو جائے +

کسر الحنجرہ (حنجرہ کا ٹوٹ جانا) شاذونادر ہی واقع ہوتا ہے۔ اسکے تدابیر عظم لامی کے کسر کے تدابیر کے مانند ہیں۔ گاہے ان دونوں کسور میں اختناق (گھٹنے) کے خوف سے قصبہ کے کھولنے کی ضرورت پیش آتی ہے +

بالائی اطراف کے کسور

کسر ترقوہ۔ ہنسلی کی ہڈی کا ٹوٹ جانا

یہ ہڈی اکثر مونڈھے بازو یا ہاتھ کے بل گرنے سے ٹوٹا کرتی ہے، جبکہ سارے بدن کا بوجھ ہاتھ پر آپڑتا ہے، اور انسان اپنے کو بچانے کے لئے ہاتھ پھیلا دیتا ہے۔ اور شاذونادر یہ عضلات کے فوری انقباض سے بھی ٹوٹ جاتی ہے۔ اس کسر کا وقوع اسکے کئی مقامات پر ہوا کرتا ہے مگر اکثر یہ اندرونی ثُلث کے پاس، محدب مقام سے ٹوٹا کرتی ہے۔ جب یہ ہڈی زائدہ اخرمؔ کے قرب سے ٹوٹتی ہے۔ تو کسر کا مقام اربطۂ غرابیہ ترقویہ کے درمیان ہوتا ہے۔ گاہے اس ہڈی کا بیرونی سرا اس مقام سے ٹوٹتا ہے جو۔ باطِ مربع۔ کے بیرونی اختتامی سرے، اور زائدۂ منقار الغراب

لہ اکرومین پراسس + ۲ کاریکو کلاویکولر لگمنٹ + ۳ ٹرے پی زائڈ لگمنٹ +

کے درمیان واقع ہے جب یہ ہڈی اندرونی سرے (طرف قصی) کے پاس ٹوٹتی ہے، تو کسر کا مقام زیادہ تر وہ جگہ ہوتی ہے، جو مفصل قصی ترقوی سے پون قیراط فاصلہ پر واقع ہے۔ یہ بھی واضح رہے کہ جب یہ ہڈی اربطہ اخرمیہ ترقویہ کے درمیان ٹوٹتی ہے، تو فساد شکل (بدنمائی) کم ہوتا ہے لیکن جب اس سے باہر ٹوٹتی ہے، تو ہڈی کا ٹوٹا ہوا سرا جلد کے نیچے ابھرا نظر آیا کرتا ہے +

علامات :- اس کسر میں مریض اپنا ہاتھ سر سے اوپر نہیں اٹھا سکتا، اور کہنی پکڑے رہتا ہے مونڈھا سامنے، نیچے اور اندر کی طرف جھک جاتا ہے۔ کیونکہ اول تو ہاتھ کا ثقل اسے کھینچتا ہے، دوم وہ عضلات کھینچتے ہیں، جو بازو کے بالائی حصے اور سینے کے سامنے لگے ہوئے ہیں۔ اس ہڈی کے دونوں اندرونی (قصی[۱]) اور بیرونی (اخرمی[۲]) سروں کے درمیان کا فاصلہ بمقابلہ تندرست جانب (تندرست ہاتھ) کے کم ہو جاتا ہے۔ شکستہ ہڈی کے اندرونی ٹکڑے کا بیرونی سرا جلد کے نیچے نمایاں ہو کر اس میں تناؤ اور کھچاوٹ پیدا کر دیتا ہے، کیونکہ بیرونی ٹکڑا اور اس کے ساتھ مونڈھا نیچے اور سامنے کی طرف کھنچ آتا، اور اندرونی ٹکڑا بیرونی ٹکڑے پر سوار ہو جاتا ہے۔ اگر صریر[۳] (خشخشہ) معلوم کرنا چاہیں، تو اسکی صورت یہ ہے کہ ایک ہاتھ ہنسلی کی ہڈی کے اوپر رکھیں، اور دوسرے ہاتھ سے مونڈھے کو باہر کیطرف لے جائیں، پھر اندر کی طرف لائیں + اس کسر میں کا ہے ورید تحت الترقوہ اور ضفیرہ عضدیہ پر دباؤ پہونچتا ہے، اور گاہے

۵۱ اسٹرنل انڈ (طرف قصی) +	۵۳ کری پے ٹیشن +
۵۲ اکرومیل انڈ (طرف اخرمی) +	

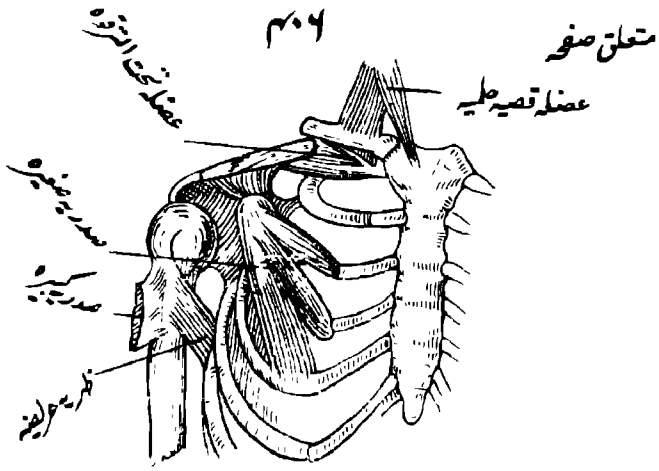
غشاء الریہ اور ریہ (پھیپھڑے) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔

علاج:۔ جب یہ ہڈی ٹوٹتی ہے، تو چونکہ مونڈھا سامنے، نیچے اور اندر کی طرف آجاتا ہے، اسلئے اسکے علاج میں ضرورت اس امر کی داعی ہوتی ہے کہ مونڈھے کو اوپر، باہر، اور پیچھے کی طرف کھینچکر قائم رکھا جائے طرف قصی کے کسر اور رابطۂ اخرمیہ ترقویہ کے درمیان کے کسر کے علاج میں بسا اوقات صرف اسی قدر کافی ہوتا ہے کہ بازو کو حرکت سے باز رکھا جائے، اور اسے معلاق (حمائل)[1] میں ڈال دیا جائے لیکن طرف منقاری کے کسر کی صورت میں عصابۂ ذوحلقتین[2] باندھتے ہیں جسکی صورت یہ ہے کہ ایک موٹی تکونی گدی مریض کے صرف ماؤف جانب کے بغل میں، یا دونوں بغلوں میں اس طرح رکھیں کہ گدی کا قاعدہ اوپر کی طرف رہے، پھر ایک پٹی (لفافہ) لیں، جسکا عرض تین قیراط، اور طول تقریباً دس گز ہو، اسکے دو تین چکر ماؤف جانب کے مونڈھے کے گرد دے کر پشت کی طرف لیجائیں، اور وہاں سے جانب مقابل کے بغل میں لائیں پھر اس جانب کے کندھے کے اوپر سے گزار کر پشت پر لے جائیں اور پہلی پٹی کے اوپر تقاطع کرکے دوسری طرف (جانب ماؤف) کے بغل تک پہونچائیں، جہاں سے اسے شروع کیا گیا تھا +

اسی طرح کئی بار کریں۔ جس سے پشت پر پٹی سے صلیب کی شکل پیدا ہو جائے گی۔ اور آخر میں اتنا چھوڑیں کہ یہ دھڑ پر دو تین چکر کھا سکے چنانچہ اس بقیہ حصے سے جانب ماؤف کے بازو کو سینے کے ساتھ باندھکر

---

[1] سلنگ (معلاق) +

[2] فیگر آف ایٹ بنڈیج (انگریزی ہندسہ آٹھ (8) کی شکل کی پٹی +

تصویر (۶۲)

ترقوہ کا بڑے خم (اگلے خم) پر ٹوٹنا

تصویر (۶۳)

دائیں ترقوہ کو عصابہ ذو حلقتین سے باندھا گیا ہے، جس سے پشت پر صلیب کی صورت بنگئی ہے، ہاتھ کو معلاق میں رکھا گیا ہے، اور بازو کو جسم کے ساتھ قائم کردیا گیا ہے +

قائم کر دیں۔ اسکے بعد کلائی اور کہنی کو حمائل (مِعلاق) میں رکھکر گردن کے ساتھ لٹکا دیں، جو زیادہ بہتر ہے۔ اگرچہ گاہے کہنی اور کلائی کو قائم رکھنے کے لئے یہ تدبیر بھی کرتے ہیں کہ چند چکر تندرست مونڈھے سے کہنی کے نیچے لاتے، اور پھر اسی مونڈھے تک لے جاتے ہیں۔

مِعلاق (حمائل) سے مراد رومال یا کوئی مربع شکل کا کپڑا ہے جسے دوہرا کر کے مثلث بنا لیا جاتا ہے۔ اس کے وسط میں کلائی کو ڈالکر اسکے اگلے سرے کو ماؤف جانب سے گردن کے پیچھے لے جاتے ہیں، اور پچھلے سرے کو تندرست جانب سے، پھر دونوں سروں کو گردن کے پیچھے باندھ دیتے ہیں۔

گاہے اس پٹی کے مزید استحکام و استواری کے لئے یہ ترکیب کرتے ہیں کہ اس پٹی کے چکروں کو (دوروں کو) عمودی ٹکڑوں سے ملا دیتے ہیں، اور تقاطع کے مقام پر، اور جہاں جہاں چکر ایک دوسرے پر سوار ہوتے ہیں، ٹانکے لگا دیتے ہیں۔

مذکورہ بالا عمل سے یہ نتیجہ برآمد ہوتا ہے کہ گدی مونڈھے کو باہر کیطرف رکھتی ہے، پٹی پیچھے کی طرف، اور معلاق اوپر کی طرف۔ گاہے بازو کو بے حرکت کرنے کے لئے بازو اور کلائی دونوں کو زاویہ دار جبیرہ[1] میں رکھدیا کرتے ہیں۔

۲۔ عجلت اور ضرورت کے وقت ترقوہ کے کسر میں تین رومالوں سے بھی کام نکالا جا سکتا ہے۔ جسکی صورت یہ ہے کہ دونوں بغلوں میں گدیاں دیکر دو رومالوں سے دونوں بازوؤں کو اس طور پر باندھیں کہ ہر ایک کا ایک لمبا سر

---

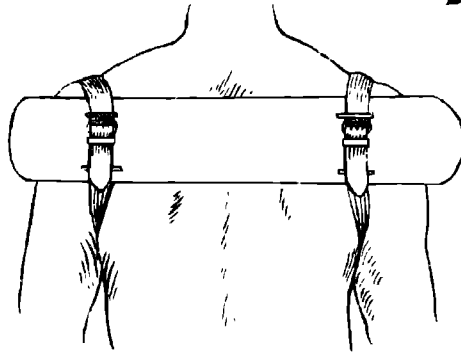
[1] اینگولر اسپلنٹ۔

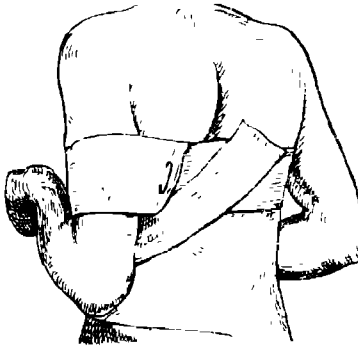
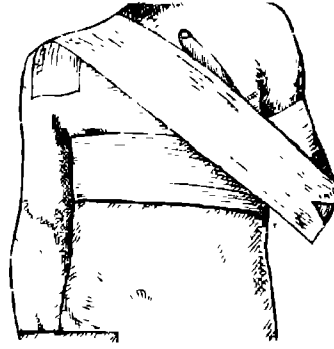
لٹکتا رہے۔ اسکے بعد ان دونوں لمبے سروں کو پیچھے کی طرف لے جائیں، اور مقابل کے رومال کے بیچ میں سے گزار کر اچھی طرح کھینچیں، اور پشت پر کسکر باندھ دیں (گرہ لگا دیں)، اور گرہ کے نیچے پشت پر ایک تولیہ رکھدیں تاکہ پشت پر دباؤ نہ پڑے اس ترکیب سے دونوں مونڈھے پیچھے اور ایک دوسرے کی طرف کھنچ جائینگے۔ اور تیسرے رومال سے معلاق بنا کر کہنی کو سہارا دیں۔

۳- تدبیر لازوق گاہے پٹی اور گدی کی بجائے لازوق[1] استعمال کئے جاتے ہیں۔ جس کی صورت یہ ہے کہ لمعقہ دبقیہ[2] (لازوق) کے دو ٹکڑے اس قسم کے کاٹیں کہ انکی چوڑائی دو تین قیراط ہو۔ ان میں سے ایک کی لمبائی اسقدر ہو کہ جانب ماؤف کے بازو کے گرد چکر کھا کر سینہ پر ڈیڑھ چکر پورا کرلے۔ اور دوسرے ٹکڑے کی لمبائی اسقدر ہو کہ جانب صحیح کے کندھے سے شروع ہو کر ترچھے طور پر سینہ پر بل کھاتا ہوا مڑی ہوئی کہنی کے نیچے سے گزرے، اور پھر تندرست کندھے پر گزر کر سینہ تک آجائے اور سینہ کے ٹکڑے پر آٹھ قیراط تک چڑھ کر قائم ہو جائے +

طریقۂ استعمال یہ ہے کہ پہلے ٹکڑے کو ماؤف بازو کے گرد تقریباً وسط میں اس طرح لپیٹیں کہ بازو کے اندرونی کنارہ سے یہ شروع کیا جائے، جو سامنے، باہر، اور پیچھے کی طرف گذرے، اسی طرح بازو پر دو چکر دئے جائیں، اور ٹانکوں کے ذریعہ قائم کئے جائیں + یہ چکر اتنے تنگ نہ ہوں کہ رگیں دب جائیں + جلد کی جانب لصقہ کی وہ سطح ہونی چاہیے، جس پر روغن لگا ہوا نہیں ہوتا ہے۔ اب بازو کو پیچھے کی طرف کھینچیں، اور

---

[1] پلاسٹر +
[2] اسٹکنگ پلاسٹر +

تصویر (۶۴)

اس تصویر میں یہ دکھلایا گیا ہے کہ ترقوہ کے کسر میں مونڈھے کے پیچھے جبیرہ کیونکر لگایا جاتا ہے۔

تصویر (۶۵)

تصویر (۶۶)

ان دونوں تصاویر میں ٹوٹے ہوئے ترقوہ کے لئے
لازوق کا طریقہ استعمال دکھلایا گیا ہے۔

لازدق کے چکر کو سینہ کے گرد گھما کر قائم کردیں۔ اور ٹانکوں سے سرے کو مستحکم کردیں۔ یہ چکر پیچھے سے سامنے کی طرف آئیگا + دوسرے ٹکڑے میں زائدۂ مرفقیہ (کہنی کے ابھار) کے واسطے ایک سوراخ بنائیں، اور بازو کے زیرین سرے کو سامنے اور اندر کی طرف کھینچیں، تاکہ اس کا بالائی سرا اور مونڈھا پیچھے اور باہر کی طرف دفع ہو، اسلئے کہ بازو کا درمیانی حصہ پہلے ٹکڑے کی وجہ سے اپنی جگہ پر قائم رہیگا، پھر لازوقہ کو تندرست کندھے سے شروع کرکے سینہ کی طرف اس طرح لائیں کہ اسکے نیچے کہنی اور کلائی آجائے، جسے تقریبًا نشر درجہ کے زاویہ (زاویہ حادہ) پر موڑ لیا گیا ہو، پھر وہ کہنی سے پشت کی طرف نیچے سے اوپر گزر کر اسی کندھے پر آجائے، اور ابتدائی سرے پر چڑھ جائے، جہاں مزید استحکام کے لئے ٹانکہ دیدیا جائے +

مذکورہ بالا سامان میں خوبی یہ بیان کی جاتی ہے کہ اس سے بغل کی جلد میں خراش نہیں پہونچتی ہے، جیسا کہ بعض اوقات گدیوں سے ہوجاتا ہے۔ لیکن اس میں خرابی یہ ہے کہ اگر بازو کو کسکر باندھ دیا جاتا ہے، تو بازو کی رگوں پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے کلائی کے متورم ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اسلئے مناسب یہ ہے کہ اس سامان کے استعمال کرنے سے پہلے ہاتھ کو پٹی سے باندھیں۔ اس طرح کہ انگلیوں کے سرے سے لپیٹنا شروع کریں۔ اور بغل تک یا لازوقہ کے مقام تک اسے پہونچائیں؛ تاکہ ہاتھ میں احتقان دموی (امتلاء) اور تہیج و انتفاخ کا اندیشہ نہ رہے +

ان ترکیبوں کے علاوہ مختلف لوگوں نے مختلف سامان بنائے ہیں، جو بنے بنائے فروخت ہوتے ہیں۔ طول کے خیال سے ان کا ذکر ترک کیا جاتا ہے۔

ان تمام تدابیر کے استعمال میں ضروری یہ ہے کہ جہاں جہاں پٹیوں کے دباؤ پڑنے کا اندیشہ ہو، وہاں روئی وغیرہ کی گدی بنا دیں۔ یہ بھی واضح رہے کہ اس ہڈی کے جڑنے کے بعد اکثر اوقات کچھ نہ کچھ کجی رہ جاتی ہے۔ خواہ مریض بچہ ہو، یا جوان، کیونکہ اندرونی ٹکڑا بیرونی ٹکڑے پر سوار ہو جاتا ہے، اور ہڈی کسی قدر چھوٹی ہو جاتی ہے۔ بہترین نتیجۂ علاج حاصل کرنے کی اگر کوشش کی جائے تو وہ یہ ہے کہ پشت پر مریض کو اتنے عرصہ تک لٹایا جائے کہ مقام انجبار (جوڑ کا مقام) مستحکم ہو جائے۔ اگر مریض اپنی پشت پر بے حرکت چار ہفتہ تک پڑا رہے، تو گا ہے یہ ہڈی کسی جبیرہ کے استعمال کے بغیر اس طور پر جڑ جاتی ہے کہ کوئی عیب نمایاں نہیں رہتا۔

بعض اوقات عورتوں میں، جو ادنیٰ کجی کو بھی گوارا نہیں کرتیں، یہ ترکیب کی جاتی ہے کہ ان کو چت لٹا کر سر نیچا کر دیا جاتا ہے، سر کے نیچے تکیہ نہیں دیا جاتا، اور دونوں شانوں کے درمیان ریت کی تھیلی رکھکر عصابہ (پٹی) کے ذریعہ بازو کو سینہ کے ساتھ قائم کر دیا جاتا ہے، اور تین یا چار ہفتہ تک اسی طرح لٹائے رکھا جاتا ہے۔ اکثر بچوں میں صرف معلاق (حمائل) اور عصابہ نشائیہ[1] سے علاج کیا جاتا ہے۔

ہڈی کے جڑ جانے کے بعد عضو کو تحریک دینا چاہیں، تو کم از کم تین ہفتہ کے بعد یہ تحریک دیں۔

---

[1] اسٹارچ بینڈج۔

گا ہے ترقوہ کے جوڑنے میں ایک سیدھا اور چوڑا جبیرہ استعمال کیا جاتا ہے، خاصکر جبکہ دونوں طرف کے ترقوے ٹوٹ گئے ہوں۔ اس جبیرہ کو دونوں مونڈھوں کے پیچھے رکھ کر عصابہ ذوحَلقَتَین[1] سے مذکورہ بالا طریقہ کے مطابق قائم کیا جاتا ہے ٭

جب یہ ہڈی اربطہ اخرمیہ ترقویہ کے درمیان ٹوٹتی ہے، تو یہ بتایا جا چکا ہے کہ اس مقام میں فساد شکل (بدنمائی) نمایاں نہیں ہوتا ہی ہاں یہ ممکن ہے کہ مونڈھا کسی قدر سامنے کی طرف جھک جائے۔ اس لئے اس کسر کو جوڑنے کے لیے صرف اس امر کی ضرورت ہے کہ دونوں مونڈھونکو باہر اور پیچھے کی طرف کھینچکر ذوحَلقَتَین نامی پٹی سے باندھ دیا جائے، اور عضو کو سہارا دینے کے لئے معلاق (حمائل) استعمال کیا جائے۔ لیکن اگر ضرورت ہو تو بغل کے نیچے گدی (وسادہ) کے رکھنے میں کوئی حرج نہیں ہے ٭

جب **ترقوہ کا طرف** اخرمی ٹوٹتا ہے، تو اس میں سامنے کی طرف خفیف میلان پیدا ہو جاتا ہے، اس کا علاج اس اخیر کے بیان کے مطابق کیا جاتا ہے۔

اگر اس ہڈی میں کسی صدمہ سے کسر مفتّت واقع ہو جائے، تو یہ ایک زبردست آفت ہے۔ کیونکہ اس میں اس امر کا اندیشہ ہوتا ہے کہ عروق واعصاب میں چھید نہ ہو جائے۔ اور یہ کچل نہ جائیں۔ ہاں اگر یہ

[1] فیگر آف ایٹ بنڈج ٭

بات نہ پیدا ہو تو مذکورہ اصول کے مطابق اسکا بھی علاج کیا جائے۔

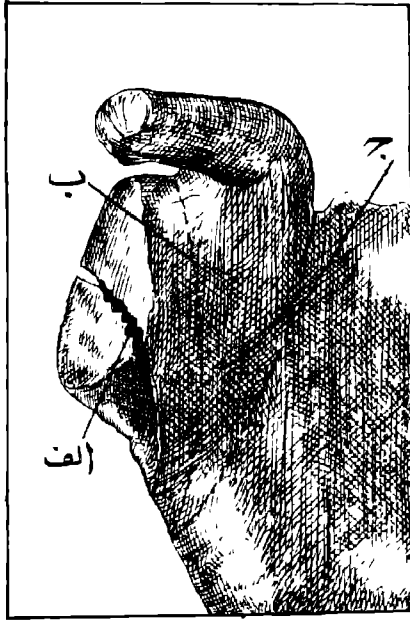
کسر الکتف

شانہ کی ہڈی (عظم کتف) مختلف مقامات سے ٹوٹا کرتی ہے مثلاً
جسم کتف۔ گردنِ کتف۔ زائدہ منقار الغراب۔ زائدۂ اخرم +

جسم کتف کا ٹوٹنا

یہ عام طور پر اسباب واصلہ سے یا اسلحۂ ناریہ کی ضرب سے ٹوٹا کرتا ہے۔ مگر یہ کسر اسلئے قلیل الوقوع ہے کہ یہ عضلات کے موٹے گدے سے ڈھکا ہوا ہے +

علامات: مونڈھے کے ہلانے سے شدید درد ہوتا ہے صریر اس کی علامت ہے۔ صریر کے سننے کے لئے ایک ہاتھ زائدۂ اخرم پر یا سینہ پر رکھیں، اور دوسرے ہاتھ سے مونڈھے کو پکڑ کر، یا ہڈی کے زیریں سرے کو پکڑ کر حرکت دیں۔ اس کسر میں گاہے قطعات منکسرہ ایک دوسرے پر چڑھ بھی جایا کرتے ہیں (تراکب) +

علاج: ۔ اس کسر میں تجبیر (جبیرہ باندھنے) کی ضرورت نہیں ہوتی ہے بلکہ اسکی تدبیر یہ ہے کہ ٹوٹی ہوئی ہڈی پر ایک چوڑی گدی رکھیں اور ایک چوڑے عصابہ (پٹی) کو سینہ کے گرد لپیٹیں، اور بازو کو سینہ کے ساتھ وابستہ کردیں جس سے بازو کی حرکت بند ہو جائے۔ التہاب اگر ہو جائے، تو اسکا لحاظ کریں۔ درد کے دور کرنے کے لئے مرکبات افیونیہ دیں۔ اور کلائی کو معلاق (حمائل) میں لٹکائیں۔ بعض اوقات

تصویر (۶۷)

عنق الکتف کہاں کہاں سے ٹوٹا کرتی ہے

(الف) حفرۂ عین الکتف پر اسکا ٹوٹنا۔

(ب) عنق تشریحی کا ٹوٹنا۔

(ج) عنق جراحت کا ٹوٹنا۔

لازوتہ کے جوڑے ٹکڑے سے بھی اس ہڈی کو قائم کرتے ہیں۔ اگر ہڈی کے ٹکڑے ایک دوسرے پر چڑھ گئے ہوں۔ تو مناسب گدیوں سے اسکی تدبیر کریں +

عنق الکتف کا کسر

ایسا کبھی نہیں دیکھا گیا ہے کہ فقط عنق الکتف ٹوٹ جائے ہاں گا ہے یہ تو دیکھا گیا ہے کہ عنق الکتف کے ساتھ زائدہ منقاریہ بھی ٹوٹ گیا ہے، اور یہ دونوں چیزیں بقیہ ہڈی سے الگ ہوگئی ہیں۔ اگرچہ بہت کم پایا جاتا ہے۔ اس کسر کا سبب عموماً شانہ پر کسی چیز کا گرنا ہوتا ہے +

علامات:- مونڈھا نیچے کی طرف جھک جاتا ہے۔ اور باوجود اس کے خلع (جوڑ کا اکھڑنے) کے عوارض موجود نہیں ہوتے اخرم اُبھرا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ عضلہ دالیہ نیچے کی طرف کھنچکر چپٹا سا ہوجاتا ہے۔ عضد (بازو کی ہڈی) کا سر بغل میں معلوم ہوتا ہے۔ صریر معلوم کرنے کے لئے ہاتھ یا کان کو اخرم پر رکھکر مونڈھے کو ہلائیں۔ یعنی اونچا کریں، یا گھمائیں (حرکت دوریہ دیں)، یا زائدہ منقاریہ کو دبائیں، اس سے صریر کی آواز مسموع ہوگی +

تشخیص۔ انہی مذکورہ علامات سے اسکی تشخیص خلع کے مقابلہ میں ہوجاتی ہے۔ یعنی کسر کی صورت میں ٹوٹے ہوئے سروں کی آواز صریر محسوس ہوتی ہے۔ اور جوڑ صحیح حرکت کرتا ہے۔ بازو کے زیرین حصہ کو اوپر کی طرف اگر دبایا جائے، تو موجودہ نسا دشکل دور ہوجاتا ہے۔ اور جب ہاتھ کا دباؤ دور کردیا جاتا ہے۔ تو وہ

بدنمائی فوراً لوٹ آتی ہے۔ یہ علامت خلع سے امتیاز پیدا کر دیتی ہے +

علاج :- بازو کو اوپر اوٹھا کر سینہ کے ساتھ قائم کریں۔ تاکہ شانہ اونچا رہے۔ جس کی صورت یہ ہے کہ ماؤف بغل میں چھوٹی اور موٹی گدی رکھکر رومال سے باندھیں۔ رومال کو گدی پر گزار کر جانب مقابل کے کندھے تک لے جائیں + گاہے پیرڑہ کا جبیرہ استعمال کیا جاتا ہے جسکی شکل نون مقلوب (∩) کی سی ہوتی ہے۔ اس جبیرہ کو بغل میں لگا کر عصابہ (پٹی) کے ذریعہ مونڈھے کو اُٹھایا جاتا ہے۔ رفع درد والتہاب کے لئے مناسب تدبیر کی جائے۔ مثلاً درد کے لئے مرکبات افیونیہ دیئے جائیں۔ اس کسر کا انجبار عموماً دو ماہ میں ہوتا ہے +

زائدہ اخرم کا کسر

ضرب داصل یا مونڈھے کی چوٹی پر کسی چیز کا گرنا اس کسر کا سبب ہوا کرتا ہے +

علامات :- مونڈھے کی بلندی (راس الکتف) کی گولائی دور ہو جاتی ہے۔ یہ چپٹا سا ہو جاتا ہے۔ ہڈی کے ٹوٹے ہوئے حصہ کو عضلہ ذالیہ[1] نیچے کی طرف کھینچ لاتا ہے۔ اگر انگلیوں سے سینہ کو جڑ سے نوک تک یعنی زائدہ اخرم تک ٹٹولیں، تو ٹوٹا ہوا مقام محسوس ہوگا + اس کسر میں مریض باہر کی طرف بازو کو اُٹھا نہیں سکتا ہے۔

تشخیص :- اس کسر میں شانہ کے جوڑ سے حرکت کی قابلیت دور

---

[1] اکہ ڈیلٹائیڈ ماسل + ڈیئیں پر اسس +

نہیں ہوتی ہے۔ اور بازو کو اُٹھانے سے ہڈی کا ٹکڑا اپنی جگہ پر آجاتا ہے
کہنی کو اونچا کر کے اگر بازو میں حرکت دوریہ پیدا کی جائے۔ تو صریر کی
آواز محسوس ہوگی +

علاج:۔ کسر ترقوہ کے مانند تدبیریں کریں۔ لیکن یہ ضروری ہے کہ
اس کسر میں جو گدی بغل میں رکھی جائیگی، وہ کہنی سے قریب تر ہونی چاہئے
اگر اس زائدہ کا سرا ٹوٹ جائے۔ تو ایک گدی کہنی اور سینہ کے درمیان
رکھکر بازو کو اوپر اور اندر کی طرف اُٹھائیں، اور سینہ کے ساتھ عصابہ
اور معلاق (حمائل) کے ذریعہ قائم کر دیں۔ اس کسر کا انجبار علی العموم عظمی
نہیں ہوتا ہے۔ کیونکہ ٹوٹے ہوئے ٹکڑے کا ملا کر قائم رکھنا اس مقام
میں بہت دشوار ہے +

زائدہ منقاریہ[1] کا کسر

یہ قلیل الوقوع ہے۔ لیکن جب ہوتا ہے، تو بازو کو اوپر، اندر، اور
سامنے کی طرف لے جانے میں سخت تکلیف ہوتی ہے۔ کیونکہ اس حرکت
سے عضلہ ذات الراسین اور راخریہ عضدیہ میں تکلیف ہوتی ہے، جو
ماؤف ہوتے ہیں۔ یہ زائدہ کسر کی صورت میں متصلہ عضلات کے فعل کی
وجہ سے نیچے کی طرف کھنچ آتا ہے + صریر معلوم کرنا چاہیں، تو عضلہ صدریہ
کبیرہ اور دالیہ کے درمیانی مقام کو اُنگلی سے دبائیں، اور مریض سے کہیں
کہ وہ کھانسے یا کندھے ہلائے۔ اس سے صریر کا احساس ہوگا +

علاج:۔ اس کسر میں ٹوٹے ہوئے ٹکڑے کو اپنی اصلی جگہ پر لاکر

---

[1] کاریکائڈ پراسس +

پورے طور پر بٹھانے کا کوئی ذریعہ نہیں ہے۔ ہاں ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو قریب لانے کی کوشش اس طرح کی جاتی ہے کہ بازو کو سامنے اور اندر کی طرف لاکر اور کلائی کو موڑ کر سینہ کے ساتھ معلاق (حمائل) اور پٹی کے ذریعہ باندھ دیتے ہیں۔ تاکہ یہ عضلے ڈھیلے پڑ جائیں، اور بازو بلند ہو جائے

بازو کی ہڈی کا کسر

کسر العضد بازو کی ہڈی کا ہے اوپر کے سرے کے پاس ٹوٹتی ہے، گا ہے درمیان میں (جسم)، اور گا ہے زیرین سرے کے پاس۔ چنانچہ جب اسکا بالائی سرا ٹوٹتا ہے۔ تو اسکی دو صورتیں ہوا کرتی ہیں: (۱) کیس مفصلی کے اندر۔ (۲) کیس مفصلی کے باہر۔

راس العضد کا کسر کیس مفصلی کے اندر

کیس کے اندر بازو کے بالائی سرے کے ٹوٹنے کی دو صورتیں ہوتی ہیں:- (۱) کسر بسیط (۲) کسر مُدْغَم + اگرچہ یہ دونوں صورتیں شاذونادر ہی واقع ہوتی ہیں۔

عنق تشریحی کا کسر بسیط یہ ضرب دراصل مثلاً مونڈھے کے بل گرنے یا مونڈھے پر کسی چیز کے گرنے سے واقع ہوتا ہے۔ اور بمقابلہ کم عمروں کے معمر لوگوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ اس کسر میں شانہ کے جوڑ کی حرکت جاتی رہتی ہے۔ ورم اور درد ہوتا ہے۔ اور گاہے مفصل میں شدید التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ خشخشہ (سرسرہ) کی آواز گاہے بازو کو گھمانے سے سنائی دیتی ہے، اگر زائدہ منقار الغراب سے زائدہ مرفقیہ رکھنی تک بازو کو ناپا

جائے۔ تو یہ صحیح جانب کے مقابلہ میں نصف یا تقریباً ثلث قیراط چھوٹا ہوگا اس کسر میں فساد شکل (بدنمائی) زیادہ نہیں ہوتا ہے۔ اکثر صورتوں میں ہڈی کا بالائی ٹکڑہ زیرین حصے سے بالکل الگ نہیں ہوتا ہے۔ اسلئے ہڈی اکثر مردہ ہونے سے رکی رہتی ہے +

عنق تشریحی کا کسر مُدغم اس کسر میں اوپر کا ٹکڑا نیچے کے ٹکڑے میں دونوں حدبوں کے درمیان گھس جاتا ہے (مدغم ہو جاتا ہے) جس سے بازو کی لمبائی کسی قدر کم ہو جاتی ہے۔ شانہ کی بلندی (زائدہ منقار الغراب) اصلی حالت سے بڑھ جاتی ہے۔ اور منقار الغراب کے نیچے گڑھا سا معلوم ہوتا ہے۔ مونڈھے کی گولائی کم ہو جاتی ہے۔ عظم العضد کے دونوں حدبے شانہ کے سر سے قریب تر ہو جاتے ہیں۔ اور بازو کا سر پورے طور پر محسوس نہیں ہوتا ہے۔ نیز یہ عین الکتف میں ہوتا ہے۔ بازو کی سیدھ میں اصلی جگہ نہیں ہوتا۔ اخرم کے پاس ورم سا معلوم ہوتا ہے۔ فساد شکل پہلی قسم کی نسبت اس میں زیادہ ہوتا ہے۔ کھر کھراہٹ کی آواز اس میں مسموع نہیں ہوتی ہے۔ خلع مفصل سے اسکی تشخیص اس طرح ہوتی ہے کہ اس میں بازو کا سر بغل کیطرف چلا نہیں جاتا ہے۔ اگرچہ بعض اوقات کسر کے ساتھ خلع بھی مرکب ہوتا ہے۔ اور ہڈی کا سر بغل میں داخل ہو جاتا ہے +

امتحان تشخیص کے وقت اس بات کا خیال رکھیں کہ کوئی سختی نہ برتی جائے۔ ورنہ ممکن ہے کہ دونوں ٹکڑوں کے درمیان کے رباطات موجودہ ٹوٹ جائیں اور ہڈی کا ادغام جاتا رہے۔ اسی طرح ان ٹکڑوں کے بٹھانے میں بھی یہی احتیاط مدنظر رہے +

علاج:۔ چونکہ اس کسر میں ورم و التہاب ہوتا ہے، اس لئے

التہاب کی تدبیر کریں۔ غسول تجویز لگائیں۔ اسکے بعد بغل میں نون مقلوب (ᑎ) کی شکل کی گدی لگا کر گوتا پرخا یا چمڑے کا ٹوپی نما جبیرہ بنا کر کندھے اور بازو کو ملفوف کریں۔ لیکن اس سے پہلے انگلیوں سے لیکر مونڈھے تک نیچے سے اوپر کی طرف عصابہ (لفافہ) لگائیں۔ پھر کلائی اور کہنی (مرفق) کو معلاق (حمائل) میں لٹکائیں۔ اور کہنی کو سینے کے ساتھ باندھکر بے حرکت کردیں۔ اس کسر کا التحام تقریباً چھ ہفتہ میں ہوتا ہے۔ تحریک تسری (قہری) یا رہفتہ میں اور مالش تیسرے چھٹے دن سے کرنی چاہیے۔ ورنہ باوجود علاج کے مناسب ہونے کے اکثر اوقات جوڑ مدت دراز تک انجبار کے بعد سخت رہتا ہے۔ اور گاہے تازیست اسی سختی پر قائم رہ جاتا ہے اور گاہے التحام رباطی حاصل ہوتا ہے۔ مکمل ہڈی کا جوڑ نہیں بنتا جیسا کہ عنق الفخذ کے کسر داخل الکیس میں گاہے واقع ہوتا ہے۔

عنق الجراحت کا کسر (خارج الکیس)

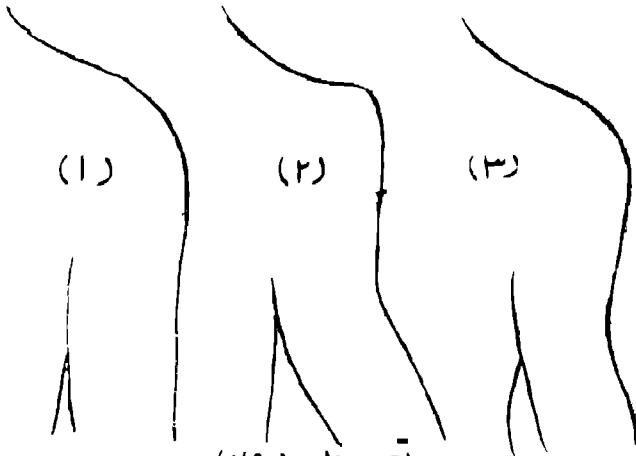
بازو کی ہڈی کا کیس مفصلی کے باہر ٹوٹنا۔ یعنی عنق جراحت کا ٹوٹنا اسکی بھی دو صورتیں ہیں۔ (۱) کسر ساذج (کسر بسیط)۔ (۲) کسر مدغم۔

اس کسر میں ہڈی علی العموم اُس مقام سے ٹوٹا کرتی ہے جو حدبوں کے نیچے یا اُس عضلات کے نیچے واقع ہے، جو حدبوں پر لگے ہوتے ہیں، اور جو عضلات صدریہ کبیرہ، ظہریہ عریضہ اور مستدیرہ کبیرہ کے اختتام کے اوپر واقع ہے۔ اس کسر کا سبب اکثر اوقات ضرب واصل ہوتی ہے

لے ایوے بورسے ٹنگ لوشن +	لے بٹے سوئمو و منٹ
لے گٹا پرچا +	

تصویر (۶۸)

باز وکی ہڈی کی عنق الجراحت کا ٹوٹ جانا

تصویر (۶۹)

خاکے، جن میں مونڈھوں کی مختلف وضعیں دکھلائی گئی ہیں

(۱) مونڈھے کی طبعی وضع

(۲) مونڈھے کی وضع خلع الکتف کی صورت میں

(۳) مونڈھے کی وضع عضد کے عنق الجراحت کے کسر کی صورت میں

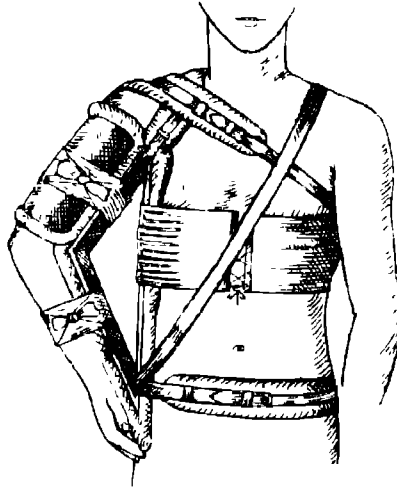
جو مونڈھے کی بلندی (رمانہ منکب) کے نیچے لگتی ہے۔ یا یہ کہ مریض ہاتھ یا کہنی کے بل گرتا ہے، اور علی العموم یہ کسر کم و بیش آڑا ہوتا ہے اور رگتا ہے دونوں سرے ترچھے یا دندانہ دار ہوتے ہیں۔ یہ کسر جوانوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ اور جب یہی اسباب بچوں میں واقع ہوتے ہیں، تو ہڈی کا سر (کردوس) ہڈی کے جسم سے جدا ہو جاتا ہے (انفصال کردوس) کسر کی مذکورہ بالا دونوں قسموں میں نیچے کا ٹکڑا زائدہ اخرم کے نیچے ابھر آتا ہے۔ جو جلد کے نیچے محسوس ہوتا ہے، علی الخصوص جبکہ کہنی کو اوپر کی طرف دبا کر گھمایا جائے۔ اسلئے کہ یہ ٹکڑا ان عضلات کے عمل سے اندر کی طرف کھنچ آتا ہے، جو میزاب ذات الراسین پر لگے ہوتے ہیں۔ اور عضلہ ذالیہ۔ اخرمیہ عضدیہ، ذات الراسین، اور ثلاثیۃ الرؤس کی وجہ سے یہ اوپر کیطرف منجذب ہو جاتا ہے۔ اور اوپر کا ٹکڑا باہر کی طرف عضلات فوق السنسنہ، تحت السنسنہ، مستدیرہ صغیرہ، اور تحت الکتف کے عمل سے مڑ جاتا ہے، جو علی العموم بہت زیادہ نہیں ہوتا۔ ہڈی کا سر شانہ کے گڑھے (عین الکتف) میں ہوتا ہے، لیکن بازو کے ہلانے سے نہیں ہلتا، عین الکتف کے نیچے گڑھا سا معلوم ہوتا ہے، بشرطیکہ وہاں ورم نہ ہو گیا ہو۔ منقار الغراب کم نمایاں ہوتا ہے۔ ہاتھ کی لمبائی ایک قیراط یا زیادہ کم ہو جاتی ہے۔ صغیرہ عضدیہ پر دباؤ پڑنے سے انگلیوں اور بازو میں سخت درد ہوتا ہے۔ کہنی بغل سے دور ہو جاتی ہے، اور زیریں ٹکڑے کا رخ (محور) اوپر اور اندر کیطرف ہوتا ہے۔ خشخشہ معلوم کرنے کے لئے بازو کو پھیلائیں، اور گھمائیں۔ بچوں میں چونکہ ہڈی کا سر جدا ہوتا ہے اس لئے ان میں انفصال کردوسہ سے زیادہ درد نہیں ہوتا ہے۔

جب اس کسر میں ہڈی کا زیرین سرا اوپر کے سرے میں داخل ہو جاتا ہے (کسر مدغم) تو بازو میں نہ غیر معمولی حرکت ہوتی ہے، نہ خشخشہ کا احساس ہوتا ہے، اور نہ فساد شکل زیادہ ہوتا ہے۔ الغرض وہ تمام علامات و اعراض کم نمایاں ہوتے ہیں، جو کسر و خلع پر دال ہو سکتے ہیں۔ اگر جراح ایک ہاتھ سے مونڈھے کو پکڑے، اور دوسرے ہاتھ سے بازو کے زیرین حصے کو، اور پھر بازو کو زور سے گھمائے، تو ممکن ہے کہ دونوں ہاتھوں کے درمیان کسی قدر خشخشہ کی آواز پیدا ہو۔ علاوہ ازیں چونکہ زیرین ٹکڑا اوپر کی طرف علی العموم کھنچ جاتا ہے، اسلئے مونڈھے کے پاس خفیف بد وضعی پائی جاتی ہے، اور بازو کسی قدر چھوٹا ہو جاتا ہے۔

بچوں میں خلع سے اسکی تشخیص کرنی پڑتی ہے۔ لیکن کسر میں چونکہ ہڈی کا سرا اپنی جگہ پر قائم رہتا ہے، اور بازو کے جسم کے بالائی سرے کا تیز کنارا نمایاں ہوتا ہے۔ اس لئے تشخیص آسان ہے۔

علاج:- انگلیوں سے لیکر بازو تک پٹی باندھیں۔ تاکہ ہاتھ میں ورم (تہبج) نہ ہونے پائے۔ بغل میں گدی (وسادہ) رکھیں۔ تاکہ زیرین ٹکڑا باہر کیطرف چلا جائے۔ مونڈھے اور بازو کو کتا بر خایا چمڑہ کے ٹوپی نما جبیرہ سے ملفوف کریں تاکہ بازو کے سر کو سہارا ملے کہنی کو سامنے لاکر سینہ کیساتھ قائم کریں اور کلائی کو معلاق (حمائل) میں لٹکائیں۔ مگر یہ سب اس وقت کیا جاتا ہے، جبکہ ہڈی کے دونوں سرے ایک دوسرے سے باقاعدہ مل گئے ہوں۔ ورنہ بعض اوقات مریض کو بیہوش کر کے ہڈی کے دونوں سروں کو ملانا پڑتا ہے۔ یعنی زیرین ٹکڑے کو نرمی کے ساتھ باہر کی طرف کھینچکر دور کیا جاتا ہے، جس سے دونوں ٹوٹی ہوئی سطحیں ایک دوسرے سے مل جاتی ہیں، جب ہڈی

تصویر (۷۰)

سامان تجبیر عضد مکسور کے لئے

ترچھی ٹوٹتی ہے (کسر مؤرب واقع ہوتا ہے) اور ہڈی کے ٹکڑے ایک دوسرے پر اس طرح سوار ہوجاتے ہیں، کہ جب انکو باقاعدہ بٹھایا جاتا ہے، تو یہ قائم نہیں رہتے، بلکہ اپنی جگہ سے سرک ہٹ کر بد وضعی پیدا کردیتے ہیں، تو ایسی صورت میں مریض کو لٹا کر عضو کو ایسی حالت میں رکھا جائے کہ وہ مسلسل کھچا ہوا رہے۔ گا ہے اسی مقصد کے لئے بعض مخصوص بنائے ہوئے آلات استعمال کئے جاتے ہیں، جس سے بازو بحالت انبساط و تمدد رہتا ہے، اور پانچ سے دس رطل تک وزن لٹکا دیا جاتا ہے۔ ہلکی مالش شروع ہی سے جاری رکھیں۔ تاکہ ترشحات کے انجذاب میں اس سے امداد ملے، اور عضلات اکڑ نہ سکیں۔ تین ہفتہ کے بعد مریض کو اٹھنے کی اجازت دے سکتے ہیں، مگر مریض معمولی طور پر محافظت اور سہارہ کی تدبیر استعمال میں رکھے۔ اور (تین ہفتہ کے بعد) روزانہ مالش اور قسری تحریک جاری رکھی جائے۔ مستحکم اتصال عام طور پر ساڑھے چار سے چھ ہفتہ تک ہوتا ہے، اور ہڈی میں بہت بڑا دشبذ (گرہ) بن جاتا ہے۔ دو ماہ کے بعد بیمار بازو کو استعمال کرسکتا ہے +

اگر کسر بہت زیادہ ترچھا واقع ہوا ہو، اور زیرین ٹکڑے کا بالائی سرا بہت زیادہ اوپر اور اندر کی طرف مائل ہو تو ایسی صورت میں ہڈی کے دونوں سروں کے ملانے میں بہت دشواری لاحق ہوتی ہے، اور عروق و اعصاب پر بہت سخت دباؤ واقع ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں اکثر اوقات عملیت (دستکاری) کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس لئے عضلہ ذوالیہ کے اگلے کنارہ کے مقابل شگاف لگایا جائے۔ اور ہڈی کی اگلی سطح کو کھول دیا جائے۔ اب ہڈی کے مقابل سروں کو جوڑ کر

ملا دیں، اور اچھی طرح بٹھا کر تار سے، یا ہڈی کی کیلوں سے، یا مناسب غسیدہ طبقات (دھات کے پرتوں) سے قائم کر دیا جائے۔ اگر زیادہ کھولنے کی ضرورت ہو تو شگاف کو اوپر اور باہر کیطرف دراز کر دیا جائے۔ اور زالیہ کے اگلے حصے کو تقریبًا ایک تیراط تک (منقار الغراب کے نیچے) کاٹ کر نیچے اور پیچھے کی طرف موڑ دیا جائے، اس سے ہڈی کے سر کا بیرونی منظر بھی نظر آ سکیگا + آخر میں اس عضلہ کو احتیاط سے سی دیا جائے جس سے اسکے فعل میں خلل واقع نہ ہو +

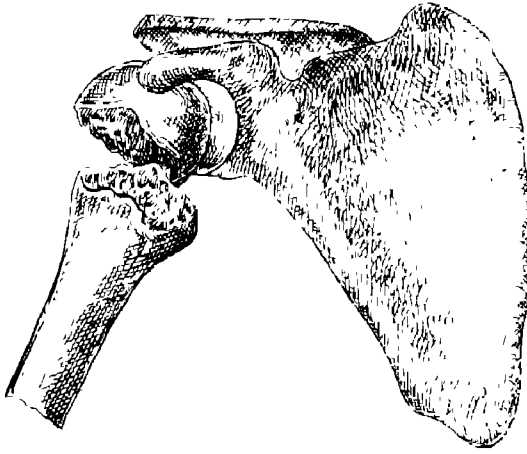
کسر مدغم کا علاج یہ ہے کہ بازو کو دھڑ کے ساتھ پندرہ روز تک باندھ دیا جائے۔ تاکہ دونوں گھسے ہوئے ٹکڑے الگ نہ ہو جائیں +

عنق الجراحت کا کسر بسا اوقات مرکب ہوا کرتا ہے۔ اگر ایسی صورت ہو تو جراحت کا مناسب علاج کریں +

بالائی کردوسہ کا انفصال

کردوسہ۔ ہڈیوں کے اسفنجی سرے جو اوائل میں الگ ہوتے ہیں۔ مثلاً بازو کی ہڈی کا بالائی سرا۔ حدبہ۔ زیرین لقمتین وغیرہ یہ سب کرادیس ہیں +

یہ اوائل عمر میں اٹھارہ سے بیس سال تک (بقول بعض چوبیس سال تک) واقع ہوتا ہے۔ اس میں ہڈی کا سر اور دونوں حدبے جدا ہو جاتے ہیں۔ چونکہ جسم کا بالائی سرا کسی قدر مخروطی ہوتا ہے، اور مخروط کا زاویہ اس نشیب میں داخل ہوتا ہے، جو کردوسہ کے وسط میں پایا

لہ سپے ریشن آفدی اپرائی نیسز +

تصویر (۱۷)

عظم العضد کے بالائی کردوسہ کا انفصال

جاتا ہے، اسلئے اسکا انفصال بھی عموماً اسی شکل پر ہوتا ہے + اس میں عموماً بدوضعی نا مکمل ہوتی ہے۔ اگرچہ جسم عموماً کسی قدر سامنے کی طرف چلا جاتا ہے، اسکا بالائی سرا جلد کے نیچے ابھر آتا ہے جو زائدہ اخرم سے ایک قیراط یا زیادہ نیچے ٹٹولنے سے (یا آنکھوں سے) محسوس ہوتا ہے۔ بعض اوقات اندر کی طرف اسکا میلان اسقدر نمایاں ہوتا ہے کہ یہ حالت خلع[1] تحت الغراب سے مشابہ ہو جاتی ہے۔ مگر امتیاز اور تشخیص اس طرح کی جا سکتی ہے کہ اس حالت میں ہڈی کا سر کتف کے نشیب میں قائم رہتا ہے۔ اس انفصال اور کسر میں فرق یہ ہے کہ انفصال کردہ میں کرکراہٹ کی آواز (خشخشہ) نرم ہوتی ہے +

علاج:- اس حالت میں ہڈی کو اپنی جگہ بٹھانا اس لئے بہت اہم ہے کہ اگر ایسا نہ کیا جائے، تو ممکن ہے کہ عضو کی بالیدگی میں فرق آجائے۔ اس مقصد کے لئے مریض کو بیہوش کریں۔ اسکے بعد بازو کو کھینچکر باہر کیطرف گھمائیں، تاکہ ٹوٹے ہوئے سرے مل جائیں۔ اگر اس تدبیر سے ہڈی اپنی جگہ پر نہ آئے، تو پوری صفائی کے ساتھ جوڑ کو کھولکر ہڈی کے سرونکو ملائیں اور بقیہ تدابیر ہڈی کی گردن کے کسر کے مطابق عمل میں لائیں۔ گاہے ہڈی ملی ہوئی جگہ میں جڑ جایا کرتی ہے، جس سے بازو کی حرکات میں عضد کے جسم کے ابھار کی وجہ سے رکاوٹ واقع ہوتی ہے۔ اسکی اصلاح کیصورت یہ ہے کہ اس بلندی کو کاٹ کر اور چھیل کر درست کر دیا جائے +

---

[1] سب کاریکا نڈ ڈسلوکیشن +

حُدبۂ کبیرہ[1] کا انفصال

گاہے عُضد کے سر سے حُدبۂ کبیرہ کندھے کے بل گرنے، یا اس پر ضرب لگنے، یا عضلی تشنج کے سبب سے جُدا ہو جاتا ہے، حدبۂ کبیرہ پر تین عضلات ختم ہوتے ہیں، جنکے انقباض کا اثر پڑ سکتا ہے؛ عضلہ فوق الشوکہ تحت الشوکہ، اور مستدیرہ صغیرہ۔ اس کسر میں حدبہ اوپر اور پیچھے کیطرف اور کسیقدر منقار الغراب کے نیچے اور پیچھے کھنچ جاتا ہے۔ عضد کا سر اوپر اور اندر کی طرف اُن عضلات کے عمل سے گھوم جاتا ہے جو سینہ سے آکر بازو پر ختم ہوتے ہیں۔ اور بازو کا سر تھوڑا سا اپنی جگہ سے ٹل جاتا ہے جس سے مونڈھا چوڑا سا ہو جاتا ہے، دونوں ٹکڑوں کے بیچ میں نالی سی معلوم ہوتی ہے۔ ہڈی کا گول سر بازو کو گھمانے پر اخرم کے نیچے معلوم ہوتا ہی اور حدبۂ کبیرہ کی بلندی الگ جوڑ سے باہر اور پیچھے کی طرف دکھائی دیتی ہے اور ان دونوں کے درمیان منقار الغراب غیر معمولی طور پر محسوس ہوتا ہے اگر خشخشہ معلوم کرنا چاہیں، تو دونوں ٹکڑوں کو قریب لاکر بازو کو گھمائیں قریب لانے کی صورت یہ ہے کہ بازو کو باہر کی طرف لیجائیں، اور حدبہ کو انگلیوں سے قریب کریں۔ اس کسر میں باوجودیکہ درد شدید ہوتا ہے اگر پھر بھی شانہ کی حرکت غیر ممکن نہیں ہوتی ہے +

علاج :- اس میں کوئی شک نہیں کہ اگر یہ صورت واقع ہو تو سب سے بہتر تجویز یہ ہے کہ اس جگہ شگاف دیکر ٹلے ہوئے حُدبہ کو تار، یا پیچ، یا کیل (زنجیرا) سے اپنی جگہ لاکر بٹھا دیں۔ اس مقصد کے لئے عضلہ دالیہ میں شگاف

[1] سپے ریشن آف دی گریٹ ٹیوبراسٹی۔

اوپر کی طرف دیں جہاں سے وہ نیچے مڑتا ہے۔ اگر عفونت سے بچایا جائے تو اس علیت سے عمدہ نتائج برآمد ہوتے ہیں۔ اس علیت کی ناکامی کی صورت میں مریض کو لٹا دیا جائے، بازو کو بلند اور پھیلا ہوا (بدن سے دور) رکھا جائے، اور تکیوں سے سہارا دیا جائے یہاں تک کہ اتصال واقع ہو جائے۔

یا یہ کہ بغل میں تکیہ رکھکر کہنی کو پٹی لگا کر پہلو سے قریب لایا جائے پھر ٹلے ہوئے حدبہ کو مناسب گدیوں اور پٹیوں سے بازو کے سر سے ملایا جائے، اور کہنی کو معلاق (حمائل) میں رکھا جائے۔

عظم العضد کے جسم کا کسر

بازو کی ہڈی کا جسم عموماً ترچھے طور پر اوپر سے نیچے، اور باہر کیطرف ٹوٹا کرتا ہے۔ بیرونی ضربات وصدمات کے علاوہ عضلی تشنج سے بھی یہ ٹوٹ جایا کرتا ہے۔

علامات:- بازو کی ہڈی غیر طبعی مقام پر حرکت کرسکے گی، جہاں پہلے حرکت نہیں ہوسکتی تھی۔ صریر (خشخشہ) محسوس ہوگا، اور کسر کی دیگر علامتیں موجود ہونگی، ہڈی کے ٹکڑوں کا زیغان (میلان) محل کسر کی وجہ سے مختلف ہوا کرتا ہے، مثلاً اگر ہڈی عضلہ دالیہ کے منتہیٰ کے اوپر اور صدریہ، ظہریہ عریضہ اور مستدیرہ کبیرہ کے منتہیٰ کے نیچے ٹوٹے تو نیچے کا ٹکڑا عضلۂ دالیہ کے عمل سے اوپر اور باہر کی جانب رہے گا۔ اور اوپر کا ٹکڑا عضلۂ صدریہ کبیرہ اور ظہریہ عریضہ کے عمل سے دھڑ کی طرف کھنچ جائیگا اسی طرح اگر کسر عضلۂ دالیہ کے منتہا کے نیچے واقع ہوگا، تو اوپر کا ٹکڑا

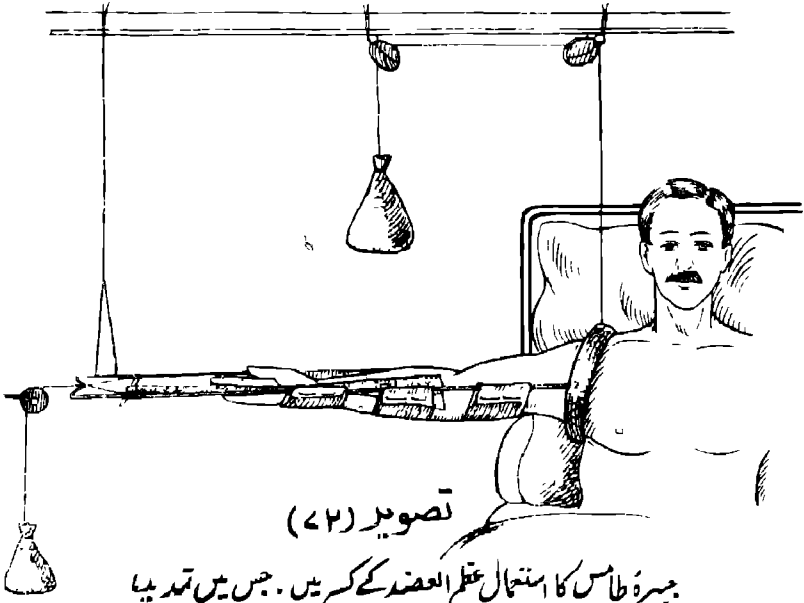
عضلۂ زالیہ کے عمل سے باہر اور اوپر کی طرف اور نیچے کا ٹکڑا اُن عضلات کے کھینچنے سے جو کلائی پر ختم ہوتے ہیں اندر اور اوپر کی طرف کھنچ جائیگا۔ عصب عضلی ملوث ہوگا ہے ابتدائی طور پر اور گاہے ثانوی طور پر (دشبذ بننے کے بعد) مجروح ہوجایا کرتا ہے +

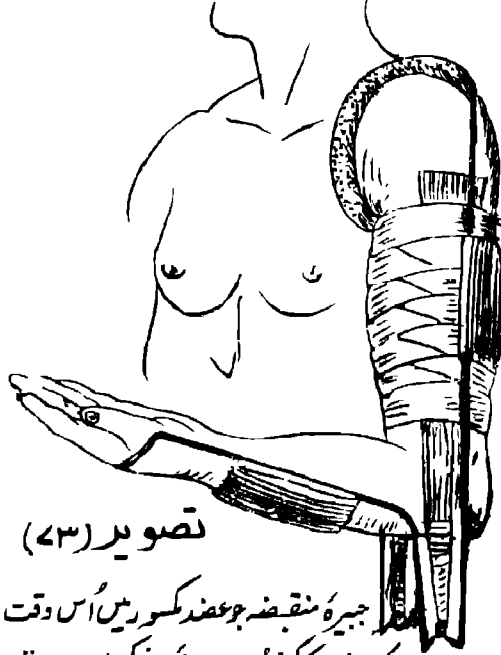
علاج۔ ٹوٹے ہوئے سروں کو بٹھانے کی تدبیر یہ ہے کہ کہنی کو زاویہ قائمہ پر موڑ کر کلائی کو کھینچا جائے، اور بدوضعی کو ہاتھ سے ٹٹول کر درست کیا جائے۔ اسکے بعد مریض کے بغل سے کلائی تک اندرونی جانب ایک قائم الزاویہ جبیرہ لگائیں۔ اور لکڑی یا وصلیوں کے تین چھوٹے جبیرے عضو کے تینوں طرف لگائیں، کہنی اور کلائی کو معلاق (حمائل) میں رکھیں۔ اندر کی جانب جبیرہ لگاتے وقت اس بات کا خیال رکھیں، کہ یہ جبیرہ ورید ابطی کو نہ دبائے، ورنہ تہیج پیدا ہوجائیگا، اسی طرح اندرونی لقمے کی حفاظت کے لئے گول گدی لگائیں +

اگر بازو کے بیچ میں یا اس کے قریب کسر واقع ہو، تو قائم الزاویہ جبیرہ باہر کی طرف کندھے سے پہنچے تک لگائیں، یا طریق اول کے مانند جبیرہ لگاکر بازو کو چھاتی کے ساتھ باندھ دیں +

گاہے اس کسر میں تہے گردو[1] کا جبیرہ استعمال کیا جاتا ہے، جسکا بالائی سرا گھوڑے کی نعل کی شکل کا ہوتا ہے، جسپر نرم گدیاں لگاکر بغل میں لگا دیا جاتا ہے۔ یہ جبیرہ بازو کے اندرونی جانب رہتا ہے، اور اسکا زیرین سرا کہنی سے آگے نکلا رہتا ہے۔ علاوہ ازیں بازو کو کھینچنے کے لئے آلہ لگاکر اس کی ڈوری پلنگ کی پائنتی کی طرف پہیہ (گھرنی) میں ڈال دیجاتی

[1] تہے گرد واسپلنٹ +

تصویر (۷۲)

جبیرۂ طامس کا استعمال عظم العضد کے کسر میں۔ جس میں تمدید یا تبعید، اور تعلیق کی ضرورت ہے۔

تصویر (۷۳)

جبیرۂ منقبضہ جو عضد مکسور میں اُس وقت استعمال کیا جاتا ہے جبکہ ضرورت اس امر کی داعی ہو کہ کہنی مُڑی ہوئی ہونیکی صورت میں تمدید پیدا کیجائے +

ہے، اور ڈوری میں مناسب وزن (۵ سے ۱۰ رطل) لٹکا دیا جاتا ہے۔ ایسا کرنے سے ہڈی کے زیرین ٹکڑے پر مسلسل کھنچاؤ رہتا ہے، اور بد وضعی (فساد شکل) دوبارہ پیدا نہیں ہوتی۔ اس جبیرہ کو نکالے بغیر مفاصل کو متحرک کیا جا سکتا ہے، اور مالش کیجا سکتی ہے۔

اسی طرح گاہے طامس[1] کا جبیرہ بھی استعمال کیا جاتا ہے۔

مناسب حالات میں اس کسر کا التحام پانچ چھ ہفتہ کے اندر ہو جاتا ہے اور مریض سات ہفتہ کے اندر اپنے ہاتھ کو استعمال کر سکتا ہے۔ حرکت قسریہ چار ہفتے میں شروع کر دینا چاہیے۔

(۸) عظم العضد کے زیرین سر کا کسر

عظم العضد کے زیرین سرے (یعنی کہنی کے جوڑ کے قریب) کے کسر میں خلع سے اکثر مغالطہ ہو جاتا ہے، جو اس طرح دور ہو سکتا ہے، کہ جراح مریض کے سامنے کھڑا ہو کر تندرست اور بیمار جانب کی دونوں کہنیوں کو ننگا کر کے ان کا باہم مقابلہ کرے، اس غرض کے لئے بیمار کی کہنی کو قائم الزاویہ پر سکیڑ کر دونوں ہاتھوں کی کلائی کا بالائی حصہ اپنے دونوں ہاتھوں کی ہتھیلی میں اس طرح رکھے، کہ نر انگشت (انگوٹھا) بیرونی لقمہ پر، انگشت سبابہ زائدہ مرفقیہ پر، اور انگشت وسطی (درمیانی انگلی) اندرونی لقمے پر رہے، جب جراح اور مریض اس حالت میں ہوں، تو اس وقت ایک مددگار مریض کے ہاتھ کو کبھی چت اور کبھی پٹ کرے، اور جراح تینوں مقامات مذکورہ کے فاصلہ کا اندازہ کرے۔

---

[1] تھامس اسپلنٹ۔

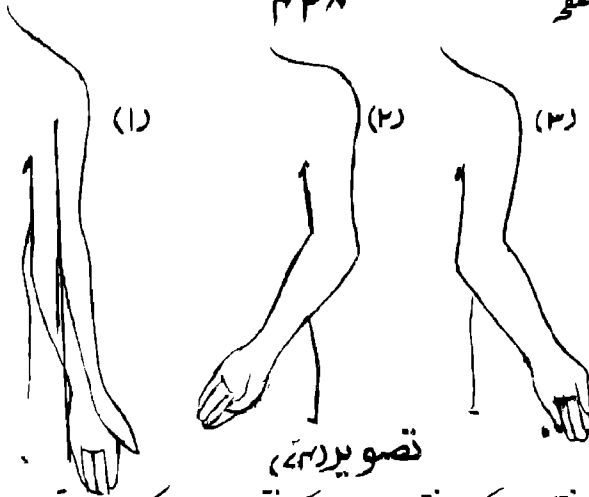
جب کہنی حالت انبساط میں ہوتی ہے تو دونوں طرف کے لقمتین[1] اور زائدہ مرفقیہ کا سرا، تینوں، ایک خط کی سیدھ میں ہوتے ہیں، اور جب حالتِ انقباض میں ہوتی ہے، تو ان تینوں سے ایک مثلث بنتا ہے، جسکا زاویہ یا زائدہ مرفقیہ ہاتھ (انگلیوں) کی طرف ہوتا ہے۔ زند اعلےٰ (کعبرہ) کا سرا ٹھیک بیرونی لقمہ کے نیچے محسوس ہونا چاہیے۔ اگر کہنی کو موڑ کر زاویہ قائمہ بنایا جائے، اور بازو کے پیچھے ایک اسطوانہ رکھا جائے، تو وہ مرفق کے زائدہ کو چھو نہ سکیگا +

(الف) زیرین کُردوسہ کا جُدا ہو جانا یا ہڈی کے جسم کا مقام انتہار سے ترچھے طور پر جُدا ہو جانا :۔ اس کسر میں حز بکری اور اندرونی لقمہ جسم سے ٹوٹ کر کلائی کے ساتھ عضلہ ثلاثیۃ الرؤس کی حرکت سے پیچھے کی طرف اور قدرے پہلوی جانب چلے جاتے ہیں، مگر جوانی (بلوغ) کے بعد اندرونی لقمہ چونکہ ہڈی میں تبدیل ہو کر جسم کے ساتھ مستحکم طور پر جُڑ جاتا ہے، اسلئے کردوسہ کے جُدا ہونے پر اندرونی لقمہ ہڈی سے جُڑا رہتا ہے + اکثر یہ کسر بچوں میں چند سال کی عمر تک ہوتا ہے، اس میں خشخشہ (صریر) کم سُنائی دیتا ہے +

علاج :۔ بازو کو سیدھا کر کے ہڈی کو اپنی جگہ بٹھائیں، اسکے بعد بازو کو پورے طور پر سکیڑ کر انگلیوں سے کندھے تک پٹی لگائیں، اور آٹھویں روز حرکت قسریہ دیں +

(ب) عظم العضد کے زیرین سرے کا کسر

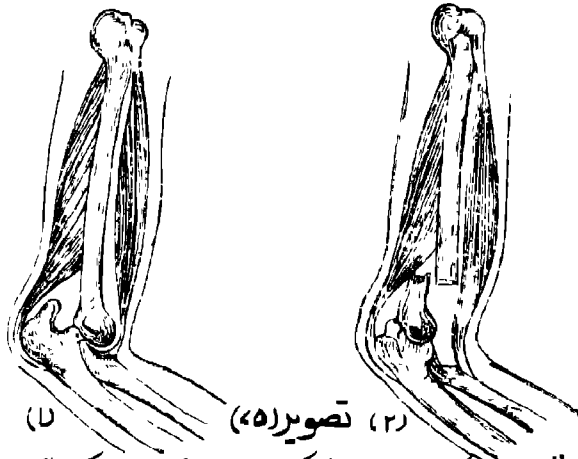
اسے کسر[1] فوق اللقمتین کہا جاتا ہے۔ یہ کسر کثیر الوقوع ہے، یہ کسر

[1] سپرا کانڈیلائڈ فریکچر +

تصویر (۷۴)

ہاتھ کے مختلف خاکے، جو مختلف حالات کے مختلف اوضاع کو ظاہر کرتے ہیں۔

(۱) ہاتھ اپنے طبعی وضع میں (جبکہ یہ تقریباً ۱۵۔درجہ کا زاویہ بناتا ہے)۔

(۲) } عظم العضد کے زیرین سرے کے کسر میں ہاتھ اندر یا باہر کی
(۳) } طرف پھر گیا ہے، اور طبعی وضع قائم نہیں رہی ہے۔

تصویر (۷۵)

(ب) عظم العضد کے زیرین سرے کا کسر، اور اس کے مقابلہ کے لئے زندین کے خلع کی تصویر دکھلائی گئی ہے، جس میں زندین کے دونوں زیریں سرے کہنی کے پاس پیچھے کی طرف ٹل گئے ہیں۔

اس طرح واقع ہوتا ہے، کہ لقمہ کے ایک یا دو قیراط اوپر ترچھے یا آڑے طور پر ہڈی ٹوٹ جاتی ہے، (قسم مؤرب زیادہ عام ہے) چنانچہ نیچے کا حصہ پیچھے کی طرف چلا جاتا ہے +

اس کسر کی تشخیص میں دقت نہیں ہوتی، لیکن ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو ملا کر قائم رکھنا دشوار ہوتا ہے. یہ صورت اُس وقت واقع ہوتی ہے، جبکہ کہنی کے سُکڑے ہوئے ہونے کی حالت میں بازو پر چوٹ لگ جائے +

کسر کی یہ صورت زند اعلی وزند اسفل کے خلع مؤخر سے مشابہ ہوتی ہے. لیکن (۱) کسر کی صورت میں اُستخوانی اُبھاروں کا باہمی تناسب بدستور قائم رہتا ہے. (۲) بازو کی لمبائی کم ہو جاتی ہے. (۳) بالائی ٹکڑا کہنی کے موڑ سے اوپر محسوس ہوتا ہے (۴) بدوضعی کو زائل کرتے وقت خشخشہ پیدا ہوتا ہے، اور اسکے بعد بدستور بدوضعی لوٹ آتی ہے اگر ضرب کے بعد اس مقام میں ورم زیادہ ہو جائے، تو یقین کے ساتھ تشخیص کرنا ناممکن ہو جاتا ہے. ایسی صورت میں عکس رینے سے مدد لینی چاہیئے. گاہے زیرین ٹکڑا بجائے پیچھے جانے کے سامنے کی طرف بھی آجاتا ہے.

علاج:- علاج کے دو بڑے مقاصد ہوتے ہیں (۱) کہنی کا جوڑ سخت نہ ہو جائے. (۲) بدوضعی نہ پیدا ہو. ٹلے ہوئے ٹکڑوں کو اپنی جگہ بٹھلانے کے لئے مریض کو بیہوش کریں. اگر اس طرح کامیابی نہ ہو تو عملیت جراحیہ کے ذریعہ ہڈی کو کھول کر اپنی جگہ بٹھائیں، اور عضو کو پورے طور پر موڑ کر لاصوقہ[1] لگا دیں. دو تین دن کے بعد شعاع رانجن کے ذریعہ یہ

---

[1] پلاسٹر +

دیکھنا چاہیئے کہ بٹھائے ہوئے ٹکڑے اپنی جگہ پر ہیں یا نہیں۔ مالش اور حرکت قسریہ ایک ہفتہ کے بعد شروع کرنی چاہئے۔

(ج) دونوں لقموں کا ٹوٹ جانا

یہ کسر ضرب واصل سے، مثلاً کہنی کے بل گرنے یا اس پر چوٹ لگنے سے واقع ہوتا ہے۔ اس کی علامات یہ ہیں، کہ مضروب مقام پر درد شدید ہوتا ہے، لیکن ہڈی اپنے مقام سے زیادہ نہیں ہٹتی۔ بیرونی لقمے کے ٹوٹ جانے کی صورت میں غیر طبعی حرکت پائی جاتی ہے، نیز زند اعلیٰ کے ہلانے سے خشخشہ (صریر) سنائی دیتا ہے، اس کسر میں مفصل ہمیشہ شریک آفت ہوا کرتا ہے۔ اور اندرونی لقمہ کے کسر میں جوڑ گاہے شریک ہوتا ہے۔ اور گاہے نہیں ہوتا۔ اس صورت میں ہاتھ کو چت اور پٹ کرنے سے خشخشہ (صریر) سنائی دیتا ہے۔

تشخیص:۔ اس کسر کی تشخیص، کہنی کے جوڑ کے خلع سے، مندرجہ ذیل علامات کے ذریعے کی جاتی ہے:۔

کسر کی صورت میں جوڑ کی حرکت موجود رہتی ہے (یعنی کہنی کے جوڑ کو حرکت دے سکتے ہیں)، خشخشہ (صریر) سنائی دیتا ہے،

بیرونی لقمے کے ٹوٹنے کی صورت میں بدوضعی کم ہوتی ہے، اور اندرونی لقمے کے ٹوٹنے کی حالت میں ٹکڑا اوپر اور پیچھے کی طرف چڑھ جاتا ہے، لہذا زائدہ مرفقیہ ابھرا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ گاہے عصب زندی اسفل پر بھی دباؤ پڑتا ہے۔

علاج:۔ اول ورم کا علاج کریں (ورم کو غسول اسرب دلیڈ لوشن)

سے کم کریں) اس عرصہ میں کہنی کو موڑ کر آرام سے جبیرہ پر رکھیں، ورم کے کم ہو جانے پر کسر کی حقیقت معلوم ہوگی، اُس وقت کہنی کے دونوں طرف زاویہ دار جبیرہ لگائیں، لیکن کلائی کو چت اور پٹ کے درمیان رکھنا چاہئے نیز معلاق (حمائل) میں لٹکائے رکھنا چاہیئے، لیکن اگر جوڑ بھی اس کسر میں شامل ہو، تو جبیرہ نہ لگائیں، بلکہ عمل جراحی کر کے ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کو اپنی جگہ بٹھائیں، اور تار سے ٹانکے لگا دیں، یا جوڑ کے چاروں طرف روئی رکھکر عصابہ ذو حلقتین باندھ دیں۔ ا کی ہم شکل جست کا جبیرۂ منقوبہ اور جبیرۂ مرتفعیہ (جو بذریعہ پیچ سیدھا اور ٹیڑھا ہو سکتا ہے) حسب موقعہ لگا سکتے ہیں، گاہے اس پر وزن بھی استعمال کیا جاتا ہے، یہ بات بخوبی یاد رکھنی چاہیئے، کہ اس جوڑ کے التحام میں حرکت قسریہ جوانوں میں ایک مہینے کے بعد اور بچوں میں تین ہفتے کے بعد لازمی ہے، ورنہ التحام کے سخت ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے +

کسر مستعرض[1] فوق اللقمتین

کسر فوق اللقمتین کی ایک مخصوص قسم ہے، جس میں بازو کی ہڈی کا زیرین سرا دونوں لقموں کے اوپر آڑے طور پر ٹوٹتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی ایک عمودی کسر بھی ہوتا ہے، جو جوڑ تک بڑھتا ہے، اور جسکی وجہ سے دونوں لقمے ایک دوسرے سے علیحدہ ہو جاتے ہیں (کسر مستعرض عمودی[2])۔ یہ ضرب و اصل کا نتیجہ ہوتا ہے، اس میں دونوں لقمے پھیل جاتے

---

[1] ٹرانسورس سوپرا کانڈیلائڈ فریکچر +

[2] ٹی (T) شیپڈ (حرف T کی شکل کا)۔ +

ہیں، اور ایک دوسرے پر حرکت کر سکتے ہیں۔ تیزی کے ساتھ بہت بڑا ورم پیدا ہو جاتا ہے۔

علاج:- بذریعہ عمل جراحی کھول کر ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو تار سے سی دیں، یا پیچوں سے جوڑ دیں۔ اس عمل سے اچھے نتائج برآمد ہوئے ہیں، یعنی کہنی کے جوڑ میں حرکت لوٹ آتی ہے۔

اس کسر کا التحام چار ہفتے میں ہوتا ہے، اسلئے مالش اور حرکت قسریہ چار ہفتے کے بعد کرائی جائے۔

عصب عضلی ملولب کسر کی حالت میں یا دشبذ کے مادہ کے درمیان شامل ہو کر استرخا، کی حالت پیدا کر دیتا ہے، بیرونی لقمے کے کسر میں اس عصب کی شاخ بین الزندین مؤخر پر ضرب پہونچنے سے حرکت کم ہو جاتی ہے، اور جب عصب عضلی ملولب مسترخی ہوتا ہے، تو مریض ہاتھ کو چت نہیں کر سکتا، ہتھیلی اور انگلیوں کو نہیں پھیلا سکتا، کلائی پٹ رہتی ہے، ہاتھ اور انگلیاں لٹک پڑتی ہیں، البتہ عضلہ ذات الراسین کے ذریعے کلائی کسی قدر چت ہو سکتی ہے، اسی طرح عضلات بین العظام اور عضلات خراطینیہ کے ذریعے انگلیاں سکڑنے کے بعد پھیل سکتی ہیں۔

علاج:- اس کا علاج اعصاب کی ضرب کے مانند کریں، مریض کے ہاتھ کو حرکت دیں، جبیرہ کے ذریعے ہاتھ کو سیدھا رکھیں، اس میں گاہے دشبذ کو جدا کر کے عصب کو علٰحدہ کرتے ہیں۔

(د) مفصل مرفق کا کسر مرکب

اس کسر میں بازو اور کلائی کی ہڈیوں کے سرے ٹوٹ کر چور ہو جاتے ہیں، جلد پھٹ جاتی ہے، اور عروق زخمی ہو جاتے ہیں +

علاج :- قاعدے کے مطابق زخموں کا علاج کریں، ہڈی کے ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو نکال دیں، اور اگر کسی ترکیب سے کہنی کے جوڑ کو نہ بچا سکیں، تو عمل بتر کریں +

کلائی کا کسر

زند اسفل کا کسر

(۱) زائدہ مرفقیہ کا ٹوٹ جانا :- یہ کسر زیادہ تر کہنی کے بل گرنے سے اور گاہے عضلی تشنج سے واقع ہوتا ہے، اگر کسر مکمل ہے تو بالائی ٹکڑا عضلہ ثلاثیۃ الرؤس کی وجہ سے نصف قیراط سے دو قیراط تک اوپر کی طرف کھنچ جاتا ہے، لیکن اگر عضلہ ثلاثیۃ الرؤس کا لیفی پھیلاؤ ٹوٹنے سے رہگیا ہو تو یہ ٹکڑا اپنی جگہ سے زیادہ نہ ٹلے گا۔ عموماً زائدہ مرفقیہ اپنے قاعدہ (جڑ) کے مقام سے ٹوٹا کرتا ہے۔ کسر کے بعد کلائی کے پھیلانے یعنی ہاتھ کے سیدھا کرنے میں شدید تکلیف ہوتی ہے، اگرچہ کسی قدر موڑنا ممکن ہوتا ہے، مفصل کے اندر اور اس کے ارد گرد انصباب خون و مصل ہو جاتا ہے +

علاج :- اگر ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو تار یا پیچ سے ملا کر کس نہ دیا

جائے، تو باہمی اتصال یقینی ہوا کرتا ہے، چنانچہ جب یہ صورت واقع ہوتی ہے، تو اس قسم کے اتصال میں کھینچنے اور بڑھنے کی قابلیت ہوتی ہے، جس سے ہاتھ کمزور ہو جاتا ہے۔ اگر کسی وجہ سے عمل جراحی ناممکن ہو، تو سامنے کی طرف ایک سیدھا جبیرہ لگا کر پٹی سے اس طرح باندھ دیں، کہ دونوں ٹکڑے ایک دوسرے سے ملجائیں۔ یہ لمبا جبیرہ مفصل مرفق کے اوپر سے قبضہ تک ہونا چاہیئے۔ حرکت قسریہ دس دن کے بعد شروع کرنی چاہیئے

بعض اوقات اس امر کی ضرورت پیش آتی ہے کہ جوڑ میں سوراخ کر کے مصل دموی اور خون کو خارج کیا جائے اور مانع عفونت ذرائع استعمال کئے جائیں۔

اس جوڑ کا التحام عموماً چار پانچ ہفتہ میں مستحکم ہوتا ہے۔

زائدہ **منقاریہ**[1] **کا کسر**۔ صرف اس صورت میں واقع ہوتا ہے، جبکہ زند اعلیٰ و اسفل (دونوں) پیچھے کی طرف اکھڑ جائیں۔ یہ بہت کمیاب ہے اور کہا گیا ہے یہ عضلہ عضدیہ مقدمہ کے تشنج سے بھی واقع ہوتا ہے اس کی تشخیص اس طرح ہوتی ہے، کہ جب زندین کو اپنی جگہ بٹھا دیا جاتا ہے، تو پھر آسانی سے یہ ٹل جاتی ہیں۔ اس کا اتصال ہمیشہ یقینی ہوا کرتا ہے۔

علاج:۔ مفصل مرفق کو پورے طور پر موڑ کر یعنی انقباضی صورت میں رکھا جائے، لیکن تحریک قسری جلد ہی شروع کی جائے۔

زند اسفل کے جسم کا کسر:۔ یہ کسر ضرب و اصل سے ہوا کرتا ہے چونکہ اس ہڈی کا پچھلا کنارہ سطح سے قریب یعنی محض جلد کے نیچے ہوتا ہے اس لئے بد وضعی، غیر معمولی حرکت، اور خشخشہ آسانی کے ساتھ معلوم

[1] کارونائڈ پراسس +

ہو جاتا ہے۔

علاج:۔ بدوضعی دور کیجائے، یعنی ہڈیوں کو اپنی جگہ بٹھایا جائے اور کلائی کو چت اور پٹ کے درمیانی وضع میں رکھکر اگلے اور پچھلے جبیروں سے قائم کر دیا جائے۔

زائدہ ابرئیہ[1] کا کسر:۔ یہ گاہے کسر کولس کی سیت میں ہوتا ہے اور گاہے ضرب داصل کے نتیجے کے طور پر۔

علاج:۔ ٹٹول کر ٹکڑوں کو اپنی جگہ بٹھایا جائے، اور لازق[2] تہ لگاکر قائم کر دیا جائے، ہاتھ کو حالت تقریب میں رکھکر سامنے کی طرف ایک جبیرہ لگا دیا جائے۔ عموماً اسکا التحام لیفی ہوا کرتا ہے۔

زند اعلیٰ

زند اعلیٰ کے سر کا کسر:۔ یہ ضرب داصل سے، یا کہنی کے جوڑ کے انخلاع کے سلسلہ میں ہوا کرتا ہے۔ زند اعلیٰ کے بالائی سرے کا کردوسہ بچوں میں الگ ہو جایا کرتا ہے۔ جب اس ہڈی کا سر ٹوٹ کر مکمل طور پر علیحدہ ہو جاتا ہے، تو زیریں قطعہ کو گردش دینے (تحریک محوری) سے سر نہیں گھومتا ہے، اور خشخشہ مسموع ہوتا ہے۔

علاج:۔ اگر کسر کامل نہ ہو تو کلائی کو چت اور پٹ کی درمیانی وضع میں رکھکر قائم کر دیا جائے؛ اور اگر کسر کامل ہو، ٹوٹا ہوا ٹکڑا علیحدہ ہو جائے، اور جوڑ کے اندر آزادی کے ساتھ حرکت کرتا رہے، تو بہتر یہ ہے کہ اسے کاٹ کر فوراً الگ کر دیا جائے۔ تحریک قسری جلد شروع کرنی

[1] اسٹیلائڈ پراسس۔	[2] ایڈہسیو پلاسٹر۔

چاہئے، تاکہ جوڑ سخت نہ ہو جائے۔

زند اعلیٰ کی گردن کا کسر قلیل الوقوع (بلکہ نادر الوقوع) ہے۔

زیرین قطعہ عضلہ ذات الراسین کے انقباض کی وجہ سے اوپر اور سامنے کی طرف کھنچ جاتا ہے، اور کہنی کے سامنے اُبھر آتا ہے، اور ہڈی کا سر زیرین قطعہ کے گھمانے سے نہیں گھومتا۔

علاج:- کہنی موڑ کر زاویہ دار جبیرہ مؤخرے سے قائم کر دیا جائے۔

زند اعلیٰ کے جسم کا کسر عموماً ضرب واصل کا نتیجہ ہوا کرتا ہے۔

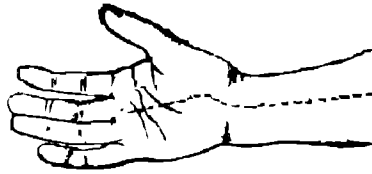
علامات، درد، بد وضعی (فساد شکل) غیر طبعی حرکت، اور خشخشہ پائے جاتے ہیں۔ اگر عضلہ کابّہ مستدیرہ سے اوپر واقع ہو، تو عضلہ ذات الراسین کی وجہ سے بالائی ٹکڑا انبطاح (چت ہونا) کی صورت میں رہتا ہے، اور زیرین ٹکڑا دونوں عضلات کابّہ[1] کے عمل کی وجہ سے حالتِ انکباب (پٹ ہونے) میں

علاج:- چونکہ بالائی ٹکڑے کی وضع بدلی نہیں جاسکتی، اس لئے زیرین ٹکڑے کو اسی وضع میں لانا پڑتا ہے؛ چنانچہ جب عضلہ کابّہ مستدیرہ کے اختتام سے اوپر ہڈی ٹوٹتی ہے، تو کلائی کو چت رکھا جاتا ہے، اور جب عضلہ مذکورہ سے نیچے انکسار رہتا ہے، تو کلائی کو چت اور پٹ کی درمیان رکھا جاتا ہے۔

زند اعلیٰ کے زیرین سرے کا کسر (کسر کولس) کثیر الوقوع ہے، علی الخصوص سن رسیدہ عورتوں میں، اور یہ عموماً اس وقت پیدا ہوتا ہے، جبکہ انسان ہاتھ کے بل گرتا ہے، اور ہاتھ پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ یہ

[1] پر ونیٹرز +

تصویر (۷۶)

کسر کولس (پہلوی منظر)

تصویر (۷۷)

کسر کولس (اگلا منظر۔ منظر اچی)

تصویر (۷۸)

جبیرہ کار، بائیں ہاتھ کے کسر کولس کے لئے

کسر ترچھے طور پر (خط مورب پر) واقع ہوتا ہے، یعنی پیچھے سے سامنے کی طرف چلتا ہے. محل کسر عموماً رسغ (رتبضہ) سے تقریباً ایک قیراط اوپر ہوتا ہے. زیرین قطعہ پیچھے اور اوپر کی طرف کھنچ جاتا، اور باہر کیطرف (طرف کعبری) گھوم جاتا ہے، اسکے ساتھ ہاتھ خط وسطانی سے بعید (وضع تبعید) ہوجاتا ہے. زند اعلیٰ کا نوکیلا سرا (زائدۂ ابریہ) زند اسفل کے زائدۂ ابریہ کے مقابل رہتا، یا اس سے کسی قدر اونچا ہوجاتا ہے رسغ کا اندرونی رباط ٹوٹ جاتا ہے، یا زائدۂ ابریہ شکستہ ہوجاتا ہے: یہ کسر عموماً مُدغَم (مغروز) ہوتا ہے: یعنی بالائی ٹکڑا اندرونی ٹکڑے کے اندر داخل ہوجاتا ہے. اس کسر میں بد وضعی (فساد شکل) مخصوص وممتاز صورت کی ہوتی ہے: یعنی (۱) ہاتھ خط وسطانی سے بعید ہوجاتا ہے (وضع تبعید میں ہوتا ہے)؛ (۲) زند اسفل کا زائدۂ ابریہ زند اعلیٰ کے زائدۂ ابریہ کے مقابل رہتا، یا اس سے پست ہوجاتا ہے؛

(۳) زیرین قطعہ کا بالائی سرا قبضہ کی پشت کے قدرے اوپر اُبھر آتا ہے اس اُبھار کے مقابل سامنے کی طرف نشیب ہوتا ہے؛ اور اس نشیب سے اوپر بالائی قطعہ کا زیرین سرا سامنے کی طرف اُبھرا رہتا ہے. اس کسر کا التحام (انجبار) گو جلد ہوجاتا ہے، مگر مقام کسر میں بد وضعی باقی رہ جاتی ہے، اور اس مقام کی ساختیں باہم جُڑ جاتی ہیں (التصاقات).

علاج:- ہڈی کے دونوں (ٹوٹے ہوئے) ٹکڑوں کو ایک دوسرے سے آزاد کر کے (یعنی ادغامی صورت کو زائل کر کے) اپنی جگہ بٹھا دینا چاہئے. اس مقصد کے لئے عمل مَدّ وعمل تخیُّن دونوں کیا جاتا ہے، یعنی ہاتھ کو کھینچنا بھی پڑتا ہے، اور دستمال کر کے جوڑ کو بٹھانا بھی پڑتا ہے.

اگر مریض کو بیہوش نہ کیا گیا ہو، تو اسے کرسی پر بٹھایا جائے، اور جراح اسکے سامنے کھڑا ہو۔ اس کے بعد اگر دایاں ہاتھ مکسور ہو تو دائیں ہاتھ سے، اور بایاں ہاتھ مکسور ہو تو بائیں ہاتھ سے مستحکم طور پر گرفت میں لے (جس طرح مصافحہ کے وقت گرفت کی جاتی ہے) اور اسے کھینچے، دوسرے ہاتھ کی انگلیوں اور انگوٹھے کی مدد سے زیرین ٹکڑے کو اپنی جگہ لاکر بٹھا دے اور ہاتھ کو وضع تقریبی میں لے آئے (یعنی ہاتھ کو، جو خط وسطانی سے بعید ہو گیا ہے، خط وسطانی سے قریب لے آئے)۔

اگر یہ عمل رَدّ زیغان کے لئے (ہڈی کو اپنی جگہ لانے کے لئے) ناکام ثابت ہو تو جراح کو چاہئے کہ وہ قبضہ کو اپنے دونوں ہاتھوں کے درمیان لیکر ذرا زیادہ زور سے اس طرح گرفت میں لے، کہ ایک ہاتھ کا کرہ ابہامیہ[۱] (ارتفاع راحی) جسم زند کے زیرین اُبھرے ہوئے سرے کے مقابل ہو، اور دوسرے ہاتھ کا کرہ ابہامیہ زیرین اُبھرے ہوئے قطعہ کے مقابل ہو۔ مستحکم گرفت، قبضہ کو ذرا کھینچنا اور موڑنا ہڈی کو اپنی جگہ لانے کے لئے کافی ہے؛ اس میں بَل سے زیادہ کَل (حکمت) کی ضرورت ہے۔ اسکے بعد جبیرہ کار[۲] یا جبیرہ کج[۳] کے استعمال سے کلائی اور قبضہ کو قائم کر دیا جائے۔

جبیرہ کار دو حصوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو کلائی کے کعبری[۴] پہلو پر سامنے اور پیچھے کی طرف سے قائم ہو جاتے ہیں، ان میں جو حصہ ہتھیلی کیطرف ہوتا ہے (جزو راحی)، اس میں ایک ترچھا

[۱] کرہ ابہامیہ (ارتفاع راحی۔ تھے نر امی نس)، انگوٹھے کی جڑ کے پاس جو بلندی پائی جاتی ہے۔	[۲] کارس اسپلنٹ۔ [۳] کج اسپلنٹ۔ [۴] ریڈیل سائڈ۔

ڈنڈہ (عصائے مُورب) لگا ہوا ہوتا ہے، جسکو اُنگلیاں گرفت میں لے سکتی ہیں؛ اس طرح ہاتھ اور قبضہ دونوں وضع تقریبی پہ قائم ہو جاتے ہیں، اور اُنگلیاں آزادی سے حرکت کرسکتی ہیں.

جبیرہ گچ، اس طرح بنایا جاتا ہے کہ وہ زند اعلیٰ (کعبرہ) کو سامنے اور پیچھے کی طرف سے کلائی کے خط وسطانی تک (نصف وحشی تک) ڈھانک لیتا ہے، اور جو کہنی سے تقریباً انگشت سبابہ و وسطےٰ کے جوڑوں کے سامنے اور پیچھے تک بڑھتا ہے: اسکے زیرین سرے کو گھوڑے کی نعل کی طرح خالی کردیا جاتا ہے، تاکہ وہ انگوٹھے کی عظم مشطی کے سرے سے آگے نہ بڑھ جائے.

اسکو گدیاں لگا کر پٹی سے مستحکم طور پر کس دیا جاتا ہے. یہ جبیرہ زند اعلیٰ کو پکڑ لیتا ہے، اور ہاتھ کو وضع تقریب میں قائم رکھتا ہے، در انحالیکہ انگلیوں کی حرکت میں کوئی خلل واقع نہیں ہوتا.

نرم مالش اور حرکات تسریہ جلد شروع کرنا اس کسر میں بہت ہی اہم ہے، تین چار روز کے بعد یہ شروع ہو جانے چاہئیں؛ ایک ہفتہ سے زیادہ تاخیر کرنا جائز نہیں، ورنہ جوڑ میں صلابت آجانے کا اندیشہ ہے. انجبار تین ہفتہ میں مستحکم ہو جاتا ہے.

گاہے زند اعلیٰ کا زیرین سرا اس طرح ٹوٹتا ہے کہ اسکا جسم پیچھے کی طرف اُبھر آتا ہے، اور زیرین قطعہ سامنے کی طرف ٹل جاتا ہے. اس کا علاج کسر کالس کی طرح کیا جاتا ہے.

زند اعلیٰ کے زیرین کرد وسہ کا جُدا ہو جانا۔ بیس سال کی

سلہ استھ فریکچر (کسر استھ) +

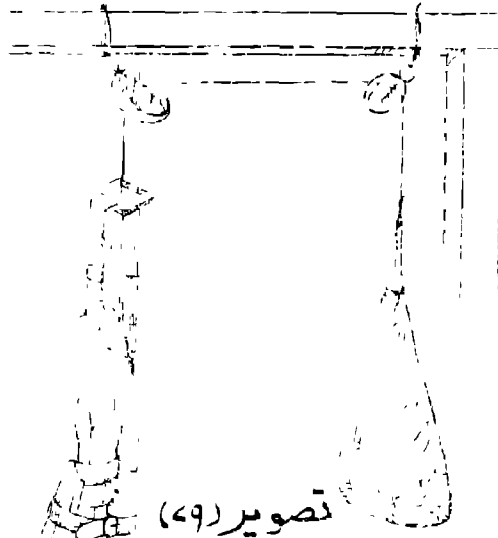
کم عمر والوں میں وقوع پذیر ہوتا ہے، جو کسر کولس سے مشابہت رکھتا ہے۔ اسکی تمیز و تشخیص کے لئے عکس ریز سے مدد لینی چاہیئے۔

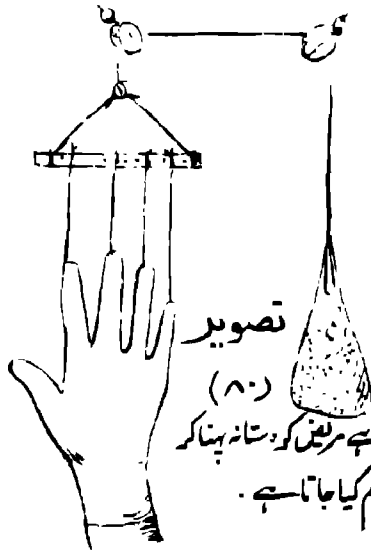
علاج:- کسر کولس کے مانند علاج کرنا چاہیئے۔ اگر زلیفان (بدوضعی) باقی رہجاتا ہے، تو عضو کے نمو میں خلل واقع ہوتا ہے: زند اعلیٰ بڑھنے سے رُک جاتا ہے، اور زند اسفل نیچے کی طرف سے برابر بڑھتا چلا جاتا ہے۔

زندین کا کسر (کلائی کی دونوں ہڈیوں کا ٹوٹ جانا): یہ عموماً ضرب واصل سے واقع ہوتا ہے، اور گاہے ہتیلی کے بل گرنے سے۔ اس کی تشخیص کسر کی عام علامتوں سے بآسانی ہو جاتی ہے۔

علاج:- میں یہ ضروری ہے کہ کہنی کو قائم کیا جائے، اور ٹکڑوں کو صحیح جگہ پر بٹھایا جائے، ورنہ ممکن ہے کہ چاروں ٹکڑے ایک جگہ مل جائیں۔ جب یہ کسر عضلہ کابہ مستدیرہ کے اختتام سے اوپر واقع ہو، تو کلائی کو چت رکھا جائے، اور جب اس سے نیچے ہو تو چت اور ریٹ کے درمیان۔ اگر کسر مرکب ہو، اور دونوں ہڈیاں گولی سے مجروح ہوئی ہوں تو کلائی کو پورے طور پر چت رکھا جائے، اور ایسا جبیرہ استعمال کیا جائے، جس میں کھینچنے کا سامان بھی ساتھ ہو۔ ہڈی کو بٹھانے کے بعد اگر وہ ٹل جایا کرے، (جیساکہ عکس ریز کے امتحان سے معلوم ہو سکتا ہے) تو عملیت جراحیہ میں دیر نہ کی جائے۔

انجبار تین چار ہفتے تک اتنا مستحکم ہو جاتا ہے کہ مالش کی اجازت دی جائے۔

رسغ کا کسر (پہونچے کی ہڈیوں کا ٹوٹنا):- یہ عموماً ضرب واصل سے واقع ہوا کرتا ہے، مثلاً سختی کے ساتھ کچل جانا، گولی سے زخمی ہو جانا، وغیرہ اس میں عموماً متعدد ہڈیاں ایک ساتھ ماؤف ہوتی ہیں۔ ایسی حالات میں

تصویر (۷۹)

کلائی کی ہڈیوں کے کسر کا علاج بذریعہ تمدید، جس میں حبل التمدید سرہانے کے اوپر گھرنیوں کے ذریعہ قائم کیا گیا ہے، جبیروں میں سے ایک گدی دار جبیرہ پیچھے کیطرف لگایا گیا ہے، اور ایک چھوٹا جبیرہ سامنے کی طرف۔

تصویر (۸۰)

کلائی کے کسر میں گاہے مریض کو دستانہ پہنا کر اسکو کھینچنے کا انتظام کیا جاتا ہے۔

معمولی علاج کیا جائے، جبیرۂ راحیہ پر عضو کو قائم کر کے سکون بخشا جائے۔ مالش کی جائے۔ اگر اس کسر سے حرکت میں خلل واقع ہو تو۔ ٹلے ہوئے ٹکڑے کو عمل جراحی سے دور کر دیا جائے۔ گا ہے اسکی آفت اتنی بڑی ہو جاتی ہے کہ اولی یا ثانوی طور پر بتر کی ضرورت پیش آتی ہے۔

عظام المشط اور سلامیات کا کسر:۔ یہ صدمہ واصلہ سے واقع ہوتا ہے، اور عموماً یہ آڑا ہوتا ہے۔ اکثر اوقات اس میں بد وضعی (زیغان میلان) نہیں ہوتی ہے، اگرچہ بعض اوقات ٹوٹے ہوئے ٹکڑے ایک دوسرے پر سوار ہو جاتے ہیں۔ نیز مقامی طور پر ورم اور درد بھی پایا جاتا ہے۔

علاج:۔ جبکہ عظام مشطیہ اس طرح مکسور ہوئی ہوں کہ زیغان (میلان) بالکل نہ ہو۔ یا تھوڑا ہو، تو اسکا علاج محض یہ ہے کہ ہاتھ کو مناسب جبیرہ میں رکھکر تقریباً دو ہفتہ تک سکون بخشا جائے۔ لیکن اگر ٹکڑے ایک دوسرے پر سوار ہو گئے ہوں، اور انگلیاں چھوٹی ہو گئی ہوں، تو ایک عرصہ تک مَدّ (کھینچنے) کی ضرورت ہے۔ عظم مشطی دوم اور سوم (مطابق سبابہ و وسطیٰ) کے کسر میں کسی جبیرہ کی ضرورت نہیں ہے۔ بلکہ محض غسولات مبردہ کا استعمال کرنا کافی ہے۔ ہاں اگر متعدد ہڈیاں ٹوٹ جائیں، تو گدیوں (وسائد) کی ضرورت ہے جو اُبھاروں پر رکھکر دبا دی جائیں، خواہ وہ اُبھار سامنے کی طرف ہوں اور خواہ پیچھے کی طرف، اور اسکے بعد دو آڑے جبیرے لگا دیے جائیں، ایک ہتھیلی پر، اور دوسرا پشت دست پر، جنکو لازوق سے قائم کر دیا جائے۔ جب کسر سبابہ، یا خنصر یا ابہام کی مشطی میں ہو، تو ایسا جبیرہ لگایا جائے، جو ہاتھ کی شکل کا انگلیوں سمیت بنایا جائے[1]

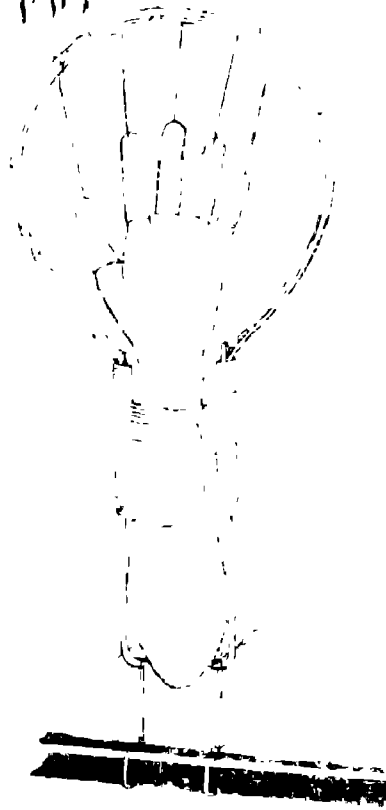
[1] پامر اسپلنٹ۔

تاکہ وہ مضبوطی کے ساتھ قائم ہو سکے۔ عظام مشطیہ کا کسر بسیط ایک مہینہ میں منجبر ہوتا ہے۔ جب سلامیات میں کسر واقع ہو، تو ایسا جبیرہ لگایا جائے جسکی شکل راحہ (ہتیلی) یا پشتِ دست کی ہو، مع اس انگلی یا انگلیوں کے جو ٹوٹی ہوئی ہیں۔ جبیرہ کو ۱۰ روز کے بعد کھولنا چاہیے، اور مفاصل کو حرکت دینا چاہیے۔ تاکہ جوڑ سخت نہ ہو جائیں۔

عظام مشطیہ اور انگلیوں کی تجبیر میں اس امر کا خیال رکھنا چاہیے کہ یہ سامنے کی طرف کسی قدر خمیدہ اور مقعر ہیں۔ اسی وجہ سے مسطح جبیروں کا استعمال جائز نہیں ہے۔ تاوقتیکہ کوئی گدی درمیان میں نہ رکھدیجائے

عظام العانہ کے کسور

حلقۂ عانیہ کا بحیثیت مجموعی ٹوٹ جانا۔ یہ عموماً ضربِ اصل کا نتیجہ ہوا کرتا ہے، مثلاً عانہ پر چلتی ہوئی گاڑی کا پھر جانا، یا گاڑی اور دیوار وغیرہ کے درمیان میں بھچ جانا۔ اس کسر کا عمومی مقام لحام عانی (اتصال عانی) کا بیرونی حصہ اور مفصل عجزی ورکی کے نزدیک ہے اس کسر کے ساتھ عوارض بکثرت ہوتے ہیں، مثلاً مجرائے بول، مثانہ، مستقیم، یا مہبل کا انشقاق، یا عروق فخذیہ یا حرقفیہ کا پھٹ جانا، غیر طبعی حرکت، خشخشہ اور کھانسنے اور چلنے کے وقت مقامی درد پایا جاتا ہے مریض کھڑا نہیں ہو سکتا؛ اس کسر کے ساتھ عموماً شدید صدمہ (تھور) شریک ہوا کرتا ہے۔

علاج:۔ مریض کی نقل و حرکت میں بڑی احتیاط برتی جائے اور فرش پر اُس وقت تک سکون سے رکھا جائے، جب تک صدمہ

تصویر (۸۱)

عظام المشط کے کسور کا طریقۂ علاج بذریعہ تمدید

کلائی کے معمولی کسور میں بھی یہ طریقۂ تمدید استعمال کیا جا سکتا ہے۔ جہاں تمدید کی ضرورت ہو، اور مریض بستر پر پڑا رہنا پسند نہ کرتا ہو۔

رفع نہ ہو جائے۔ اسکے بعد پورا امتحان کیا جائے، اگر ضرورت ہو تو مریض کو بیہوش کیا جائے۔ عوارض لاحقہ کا تدارک کیا جائے۔ بد وضعی (میلان) دور کی جائے، اگرچہ ٹلی ہوئی ہڈیوں کے بٹھانے میں خاطر خواہ فائدہ کم ہی حاصل ہوتا ہے۔ بلکہ یہ ہڈیاں بتدریج کم و بیش اپنے طبعی مقام پر آجاتی ہیں۔ لیکن عظم العانہ سامنے کی طرف اس طرح ڈھکیلی جاسکتی ہے، کہ انگلی مقعد یا مہبل میں داخل کر کے اسے سامنے کی طرف دبایا جائے۔ کثیر الاذناب (بہت سی دُم والی) پٹی یا چوڑی پٹی سے باندھکر ان اجزا کو سہارا دیا جائے اور مریض کے گھٹنوں کو موڑ کر ایک دوسرے سے باندھ دیا جائے۔

مجرائے بول کا ہر حالت میں امتحان کیا جائے، اور قاثاطیر مطہر سے پیشاب خارج کیا جائے۔ اگر مجرائے بول پھٹ گیا ہو تو قاثاطیر کو اندر داخل کر کے اسے باندھ دیا جائے، بشرطیکہ قاثاطیر کا داخل ہونا ممکن ہو۔ اگر یہ ممکن نہ ہو، تو سیون کے مقام میں شگاف دیا جائے۔ اگر یہ محسوس ہو کہ شعبہ عانیہ (عظم العانہ کا شعبہ) معاء مستقیم کی طرف اُبھرا ہوا ہے، تو اس وقت مناسب یہ ہوگا کہ سیون کے شگاف کو پیچھے کی طرف بڑھا دیا جائے، تاکہ مستقیم اچھی طرح کھل جائے، اور فضلہ براز بہ آسانی سے خارج ہو سکے۔

انجبار کی امید چھ ہفتہ میں کرنی چاہیئے، لیکن احتیاطاً مریض کو بستر پر آٹھ ہفتہ تک رکھا جائے۔

آخری عوارض پھوڑوں کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں، جنکے ساتھ شعبہ عانیہ مردہ ہو جاتا ہے، ان عوارض کی وجہ سے گاہے موت لاحق ہوتی ہے، اور گاہے حصول افاقہ میں تاخیر ہو جاتی ہے۔

عانہ کی مخصوص ہڈیوں کی کسر

عظم الخاصرہ کا کسر:- یہ ضرب و اصل سے واقع ہوتا ہے، اور حوض کا ذب (حفرۂ خاصرہ) تک محدود رہتا ہے۔

علاج:- مریض کو آرام و سکون کے ساتھ بستر پر رکھا جائے اور گھٹنوں کو موڑ کر باہم باندھ دیا جائے۔

عظم الورک کا کسر:- یہ عموماً ایسی صورت میں واقع ہوتا ہے، جبکہ مریض بیٹھے ہوئے ہونے کی حالت میں گر پڑے؛ ایسی حالت میں صدمہ عظم الورک کے حدبہ (حدورکیہ) پر پڑتا ہے۔

علاج:- بستر پر مریض کو آرام کے ساتھ رکھا جائے، اور ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کو تار کے ذریعہ کس دیا جائے۔

حقّ الورک کا کسر:- حق الورک دو طریقے سے ٹوٹا کرتا ہے:

(الف) گھٹنے کے بل گرنے سے ران کی ہڈی پیچھے کی طرف ٹل جائے (خلع مؤخر) اور اسکی وجہ سے حق الورک کا پچھلا لب (پچھلا کنارا) ٹوٹ جائے۔

(ب) ران کی ہڈی کا سر کسی حادثہ میں حق الورک کے اندر زور ڈالے، اور اسکو توڑ دے۔ گاہے ران کی ہڈی کا سر ہڈیوں کے درمیان گھس کر جوف عانہ کے اندر ابھرا تا ہے۔

علاج: اگر حق الورک کا کنارا ٹوٹا ہو تو اسکو آسانی سے اپنی جگہ بٹھایا جا سکتا ہے، چنانچہ بٹھاتے وقت خشخشہ کی آواز پیدا ہوتی ہے۔ لیکن چونکہ بدوضعی عموماً دوبارہ لوٹ آیا کرتی ہے اسلئے مناسب

یہ ہے کہ مریض کو چھ ہفتہ تک لٹائے رکھیں اور اسکی ٹانگیں کھنچی رہیں۔
حق الورک کے جوف کا کسر جس قدر قلیل الوقوع ہے، اسی طرح یہ احشاء کے عوارض کی وجہ سے خطرناک بھی ہے۔ ایسی صورت میں مریض کو بیہوش کرکے نخذ کے سر کو کھینچکر باہر نکالنا چاہیئے، اور کھنچاؤ (تمدید) کا انتظام کرکے مریض کو چھ ہفتہ تک بستر پر لٹائے رکھنا چاہیئے۔ حرکت قسریہ جلد ہی شروع کرنی چاہیئے۔

عُجُز کا کسر:- یہ عموماً ضرب داصل سے واقع ہوتا اور اکثر اوقات مرکب ہوتا ہے۔ گاہے اس سے اعصاب عجزیہ کو نقصان پہونچتا ہے اسلئے مستقیم کے عضلہ ماسکہ (عاصرہ) میں استرخاء پیدا ہوجاتا، اور براز کے خارج کرنے پر اقتدار باقی نہیں رہتا۔ زیرین قطوطل کر سامنے کی طرف چلا جاتا ہے، اور معاء مستقیم پر دباؤ ڈالتا ہے، جسکا امتحان مستقیم میں انگلی کے داخل کرنے سے بہ آسانی ہو سکتا ہے۔

علاج:- بدوضعی (زیغان) کو دور کرنے کے لئے معائے مستقیم میں انگلی داخل کریں، اور ہوشیاری سے ہڈی کو اپنی جگہ بٹھائیں۔ مریض کو کروٹ کے بل سکون سے لٹائے رکھیں، اور کسی حالت میں تین ہفتے تک چت لیٹنے کی اجازت نہ دیں۔

عصعص کا کسر:- یہ ضرب وسقطہ سے وقوع پذیر ہوا کرتا ہے۔ چلنے پھرنے، کسی قسم کے زور لگانے، مثلاً کھانسنے، اور اینٹھنے کے وقت درد ہوتا ہے۔ معاء مستقیم کے اندر معائنہ کرنے سے کسر کی عام علامتیں پائی جاتی ہیں، یعنی عصعص میں غیر معمولی حرکت، خشخشہ، اور بدوضعی محسوس ہوتی ہے۔

علاج :- مریض کو بستر پر اُس وقت تک آرام و سکون کے ساتھ رکھا جائے، جب تک کہ انجبار نہ ہو جائے۔ اگر ہڈی بُرے طور پر جُڑ جائے اور اجابت کے وقت درد اُٹھتا ہو تو عصعص کو کاٹ کر نکال ڈالنا چاہیئے

فخذ کے کسور

بالائی سرے کے کسور

فخذ کی گردن کا کسر :- اس کی دو قسمیں ہیں: (۱) داخل الکیس (۲) خارج الکیس۔

کسر داخل الکیس یعنی فخذ کی گردن کا سر کے قریب ٹوٹنا یا کیس مفصلی کے اندر ٹوٹنا)۔ یہ کسر عموماً بوڑھوں میں (۵۰ سال سے اوپر) اور خصوصاً عورتوں میں وقوع پذیر ہوا کرتا ہے؛ کیونکہ بڑھاپے میں ہڈیوں کے اندر تغیرات شیخوخیہ کی وجہ سے ٹوٹنے کی قابلیت زیادہ ہو جاتی ہے، یعنی یہ نسبتاً بھربھری (ہشّ) ہو جاتی ہیں۔ نیز بڑھاپے میں گردنِ فخذ بہت کمزور ہو جاتا ہے، جسکو توڑنے کے لئے ادنی سبب کافی ہوا کرتا ہے۔ اس کسر کا سبب بسا اوقات ضرب غیر واصل ہوا کرتا ہے مثلاً پھسل جانا یا ٹھوکر کھا جانا۔ گاہے یہ ضرب واصل سے بھی پیدا ہوا کرتا ہے۔ جب یہ کسر واقع ہوتا ہے، تو مریض زمین پر گر پڑتا ہے، وہ چلنے پر، کھڑے ہونے پر اور ٹانگ کے اُٹھانے پر قادر نہیں رہتا۔ ہڈی کا سر گاہے ریشوں کی وجہ سے اپنی جگہ پر قائم اور بندھا ہوا رہتا ہے۔ اس کسر میں ادغام[۱] کا ہونا زیادہ عام نہیں ہے، اور جب یہ ادغامی صورت واقع

---

[۱] اِم پکشن +

ہوتی ہے، تو گردن سر کے اندر گھس جاتی ہے۔ زیغان رید وضعی کا تعلق پورے طور پر پیرین قطعہ سے ہوتا ہے، جو عضلات کے تشنج سے اوپر کی طرف کھینچ جاتا اور باہر کی طرف گھوم جاتا ہے۔ باہر کی طرف گھومنے کی وجہ زیادہ تر عضو کا اپنا بوجھ ہے، اور یہ کہ اگلی سطح کے مقابلہ میں پچھلی سطح زیادہ ٹوٹتی ہے۔ دونوں ٹانگوں کو اگر ناپ کر دیکھا جائے، تو ٹوٹی ہوئی ٹانگ عضلی کشش کی وجہ سے تقریبًا پون تیراط چھوٹی ہوتی ہے۔ بعض حالات میں تقصّرِ آفت کے وقت ظاہر نہیں ہوتا، لیکن کچھ مدت کے بعد یکایک یا تدریجًا یہ نمایاں ہو جاتا ہے، کیونکہ (۱) گاہے گردن کی رباطات اوائل میں محفوظ ہوتے ہیں، اسکے بعد وہ کسی عضلی انقباض یا کسی دوسرے زور کی وجہ سے ٹوٹ جاتے ہیں۔ (۲) گاہے گردن کے رباطات اگرچہ قائم رہتے ہیں، مگر ران کی ہڈی کی گردن چند دنوں کے بعد جذب ہونے لگتی ہے پہلی صورت میں تقصر یکایک ظاہر ہوگا، اور دوسری صورت میں تدریجًا، حتی کہ چھ مہینے کے بعد۔

انذار:- مرض کی رفتار کا تعلق زیادہ تر مریض کی عمومی صحت پر ہے۔ اگر اسکی عمومی صحت اچھی ہے، وہ پھیپھڑے کی کسی دیرینہ بیماری میں مبتلا نہیں ہے، اور وہ چھ یا آٹھ ہفتے تک بستر پر پڑا رہ سکتا ہے، تو انجبار یقینًا عظمی ہو سکتا ہے۔ لیکن اگر مریض کمزور ہے، وہ پھیپھڑے کی کسی بیماری (مثلاً التہاب شعبی مزمن[1] یا نفخۃ الریہ[2]) میں مبتلا ہے، تو انذار کسی طرح اچھا نہیں ہو سکتا، اور ممکن ہے کہ احتقانی ذات الریہ[3] یا قروح الفراش

[1] کرانک برانکائی ٹس +	[3] ہیموسٹےٹک نیومونیا +
[2] امفیسیما +	

کی وجہ سے موت واقع ہو۔ انہی وجوہ سے بڈھوں میں اس کسر کا التحام ہمیشہ ڈھیلا اور لیفی صورت میں ہوا کرتا ہے، کیونکہ ان میں اول تو دوران خون کمزور رہے، دویم بالائی ٹکڑے (سر) کا تغذیہ محض شریان سا دسے ہوتا ہے۔ جو اکثر ماؤف ہوتی ہے۔ سویم ان کو زیادہ عرصہ تک بستر پر پڑا نہیں رکھا جا سکتا۔

علاج:- عنقریب ایک جگہ آنے والا ہے۔

کسر خارج الکیس (فخذ کی گردن کا طرو خانطیر کے پاس ٹوٹنا)

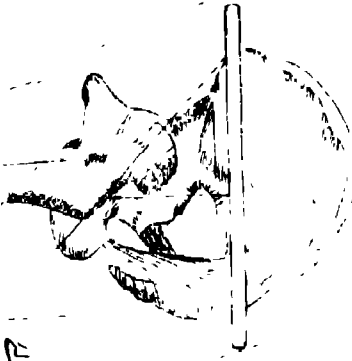
اس کسر میں عموماً طرو خانطیر بھی شریک ہو کر ٹوٹ جاتا ہے۔ اس کا عام سبب کسی بھاری چیز کا طرو خانطیر اعظم پر گرنا ہے۔ اس کسر میں ادغام کی صورت بہت عام ہے۔ ٹانگ کی لمبائی تین قیراط تک کم ہو جایا کرتی ہے، اسی طرح ٹانگ ہمیشہ باہر کیطرف پھر جایا کرتی ہے۔ جب ادغام کی صورت واقع ہوتی ہے، تو طرو خانطیر چوڑا ہو جاتا ہے۔

گردنِ فخذ کے کسر کے عوارض اور علامات:-

(۱) درد، کدم (جلدی چوٹ) اور ورم کسر بیرونِ کیسہ میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔

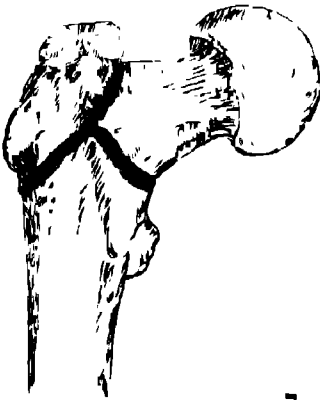
(۲) خشخشہ (صریہ) غیر مدغم میں پایا جاتا ہے۔

(۳) قوت کا کمزور ہو جانا۔ یا اختلال عمل دونوں قسم (داخل الکیس و خارج الکیس) کے کسور میں پایا جاتا ہے؛ لیکن کسر مدغم کی صورت میں (کم وبیش) مریض چل سکتا ہے۔

(۴) ٹانگ کا باہر کی طرف پھر جانا گردنِ فخذ کی ایک اہم علامت ہے۔

تصویر (۸۲)

عنق الفخذ کے کسور

تصویر (۸۳)

خط نے لے ٹن طروخانطیر اعظم کی وضع دریافت

تصویر (۸۴)

عنق الفخذ کا کسر، اسکی جڑ کے پاس
(پیچھے کی طرف سے دکھایا گیا ہے)

تصویر (۸۵)

عنق الفخذ کا کسر، اسکی جڑ کے پاس
(سامنے کی طرف سے دکھلایا گیا ہے)

(۵) عضو ماؤف کے طول میں کمی کا واقع ہونا (تقصر) کسر خارج الکبس میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔

۶۔ طرو خانطیر اعظم دونوں قسم کے کسور میں اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے، یعنی وہ اوپر کی طرف ابھر آتا، پیچھے کی طرف مڑ جاتا، اور خط وسطانی سے قریب تر ہو جاتا ہے۔

طرو خانطیر اعظم کی جگہ معلوم کرنے کے لئے مندرجۂ ذیل طرق استعمال کئے جاتے ہیں، جس سے یہ پتہ چل سکتا ہے کہ وہ اپنی جگہ سے ٹل گیا ہے، یا نہیں۔

(الف) ایک خط عظم الخاصرہ کے شوکہ مقدمہ علیا سے حدبۂ ورکیہ تک کھینچا جائے، طبعی حالت میں طرو خانطیر اعظم کی چوٹی پر اس خط کو گزرنا چاہئے، بشرطیکہ عضو کو محور بدن پر رکھا جائے، لیکن جب وہ تقریب یا تبعید کی صورت میں ہوتا ہے، تو اُسکی چوٹی اس خط سے اوپر یا نیچے ہو جاتی ہے۔ نمایاں طور پر ہڈی کا اس خط کے اوپر ہو جانا اس امر کو بتاتا ہے کہ خلع مؤخر کی وجہ سے، یا عنق الفخذ کے کسر کی وجہ سے یا سرین گردن کے جذب ہو جانے کی وجہ سے ٹانگ چھوٹی ہو گئی ہے۔ اس خط کو خطِ نے لے ٹن[1] کہتے ہیں۔

(ب) مریض کو بستر پر چت لٹا کر ایک عمودی خط خاصرہ کے شوکہ مقدمہ علیا سے کھینچا جائے، پھر دوسرا آڑا خط طرو خانطیر اعظم کی چوٹی سے اس طرح کھینچا جائے کہ پہلے خط کے ساتھ ملکر زاویہ قائمہ بنائے اسی طرح جانب سلیم میں کیا جائے، پھر اس دوسرے آڑے خط کی

[1] نے لے ٹن لائن۔

درازی کا مقابلہ کیا جائے، اس سے تقصر کی مقدار کا صحیح اندازہ ہو جائیگا
اس خط کو خط برائنٹ کہتے ہیں۔

(ج) جسم کے خط وسطانی سے دونوں طرف کے طروخا نطیر اعظم
کا فاصلہ ناپا جائے، اور باہمی مقابلہ کیا جائے۔

(د) طروخا نطیر اعظم محض کسر بیرون کیسہ (کسر خارج الکیس)
میں پھیل جایا کرتا ہے۔

علاج:۔ عنقریب آنے والا ہے۔

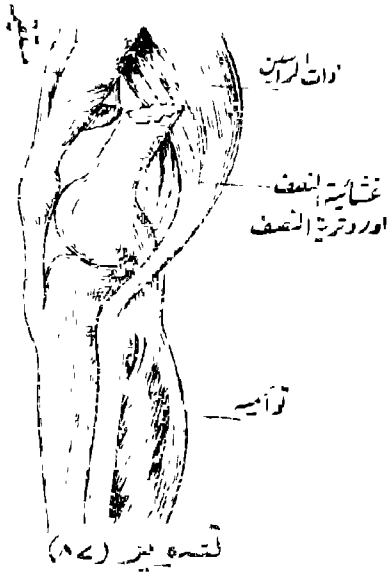
طروخا نطیر اعظم کا کسر بہت ہی شاذ ہے، اور عنق الفخذ کے
کسر کے بغیر بہت ہی کم واقع ہوتا ہے۔ اسکا سبب ضرب واصل ہوا
کرتا ہے۔ بچوں میں یہ چونکہ کردوسہ کی شکل میں ہوتا ہے۔ اسلئے یہ اس
وقت کسر کردوسی کی صورت میں واقع ہوا کرتا ہے۔ جب کسر کی صورت
واقع ہوتی ہے تو پورا طروخا نطیر یا اسکا کوئی حصہ ہڈی کے باقی حصے
سے جدا ہوتا ہے۔ مگر فخذ کے جسم میں کوئی تفرق اتصال نہیں ہوتا۔ ہلانے
سے ہوا طروخا نطیر اعظم ہلتا ہے۔ اور خشخشہ کی آواز پائی جاتی ہے۔

علاج:۔ عملیت جراحیہ کر کے ٹوٹی ہوئی ہڈی کو اپنی جگہ بٹھا کر
تار یا کیل (یا پیچ) سے کس دیا جائے۔

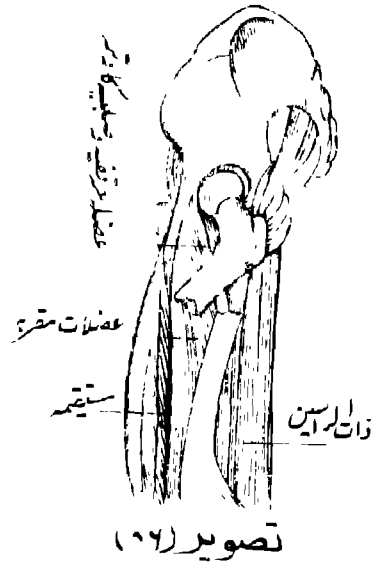
فخذ کے سر کے کردوسہ کا جدا ہونا کسر داخل الکیس سے
مشابہ ہوتا ہے۔ اسکے بعد گاہے ہڈی کے نمو میں خلل واقع ہوتا ہے۔

جسم فخذ کے کسور

دونوں قسم کے صدمات واصلہ اور غیر واصلہ سے جسم فخذ

تصویر (۸۷)

عظم الفخذ کے زیرین ثلث کا کسر

جس سے یہ بھی معلوم ہو رہا ہے کہ ہڈی کس حد تک بد وضع ہو کر اپنی جگہ سے ہٹ گئی ہے

تصویر (۸۶)

عظم الفخذ کے بالائی ثلث کا کسر

جس میں ہڈی کی بد وضعی بھی دکھلائی گئی ہے

(اسطوانۂ فخذ) ٹوٹ سکتا ہے۔

بد وضعی (میلان وزیغان) جو اس کسر میں واقع ہوتی ہے، اس کا دارومدار کسر کے مقام اور اسکی انحنا (خمیدگی) پر موقوف ہے۔ چنانچہ اگر کسر **بالائی ثلث** میں واقع ہو، تو بالائی چھوٹا ٹکڑا عموماً سامنے کیطرف عضلہ حرقفیہ وصلبیہ کی وجہ سے اُٹھ جاتا ہے، اور عضلہ الویہ صغیرہ اور باہر کیطرف گھمانے والے عضلات کی وجہ سے خط وسطانی سے دور ہو جاتا (وضع تبعید ی میں آجاتا)، اور باہر کیطرف گھوم جاتا ہے؛ اور زیرین بڑے ٹکڑے کو عضلات مقربہ اوپر کیطرف کھینچ لیتے، اور خط وسطانی سے قریب لے آتے ہیں؛ نیز یہ ٹکڑا کچھ تو جسم کے بوجھ سے، اور کچھ عضلات مقربہ کی امداد سے باہر کی طرف گھوم جاتا ہے۔

اگر کسر **درمیانی ثلث** میں ہو تو بد وضعی (میلان) کم نمایاں ہوتی ہے، اور اگر کسر **زیرین ثلث** میں ہو تو زیرین ٹکڑے کو عضلات توأمیہ کھینچکر پیچھے کیطرف موڑ لیتا ہے۔ یہ ٹکڑا اگلا ہے اس مقام کے عروق (عروق مابضیہ) کو چھید کر، دبا کر، یا پھاڑ کر نا نغزانا پیدا کر دیتا ہے۔

علاج:- عنقریب مشترک طور پر آنے والا ہے۔

فخذ کے زیرین سرے کے کسور

کسر فوق اللقمتین[1] (دونوں لقموں کے اوپر کی ہڈی کا ٹوٹنا):- یہ فخذ کے اسطوانہ کے زیرین ثلث کے کسر کے مطابق ہوتا ہے۔

کسر مستعرض عمودی (کسر تائی)[2]:- اس کسر میں دونوں لقمے

---

[1] سوپرا کانڈیلائڈ فریکچر + [2] ٹی شیپڈ فریکچر +

اس طرح جدا ہو جاتے ہیں کہ لقموں کے اوپر ایک آڑا کسر (کسر مستعرض) نمایاں ہوتا ہے، جس کے ساتھ ایک عمودی دراز (شگاف) ہوتی ہے، جو دونوں لقموں کو ایک دوسرے سے جدا کر دیتی ہے، اور جو مفصل تک بڑھتی ہے۔ یہ حالت بہت دردناک ہوتی ہے؛ جوڑ خون سے پھول جاتا ہے؛ ہڈی طبعی حالت سے زیادہ پھیلی ہوئی معلوم ہوتی ہے؛ اور گاہے خشخشہ بھی پایا جاتا ہے۔ تفقت کی صورت اکثر واقع ہوا کرتی ہے۔

علاج: قابل اطمینان علاج صرف یہ ہے کہ مفصل کو کھول کر منجمد خون نکال دیا جائے، اور لقمتین کو کیلوں یا پیچوں کے ذریعہ کس دیا جائے۔

دو لقموں میں سے کسی ایک کا الگ ہو جانا دونوں لقموں میں سے کوئی ایک ٹوٹ جائے، تو گھٹنے کے جوڑ میں خون بھر جاتا ہے۔ گھٹنے کے کا جوڑ غیر طبعی طور پر پہلوی جانب ہلنے لگتا ہے، جس کے ساتھ خشخشہ بھی محسوس ہوتا ہے؛ اور گاہے ٹانگ بھی باؤف جانب جھک جاتی ہے۔

علاج: ٹوٹے ہوئے لقمہ (عُقدہ) کو اپنی جگہ بٹھا کر لصقہ بارلیس لگا دیا جائے۔ لیکن قوی اور تندرست لوگوں میں اطمینان بخش علاج یہ ہے کہ جوڑ کو کھول کر ٹکڑے کو کیلوں یا پیچوں سے جوڑ دیا جائے، یا کوئی صفیحہ (طبقہ) چڑھا دیا جائے۔

فخذ کے زیرین کردوسہ کا جدا ہونا یہ بہت زیادہ قلیل الوقوع نہیں ہے، اور کسر مستعرض فوق اللقمتین سے مشابہ ہوتا ہے؛ لیکن فرق یہ ہے کہ کردوسہ ٹل کر سامنے کی طرف ابھر آتا ہے، اور اسطوانہ (باقی جسم) گاہے شریان مابضی پر دباؤ ڈالتا ہے۔ یہ کسر اکثر اوقات مرکب صورت میں ہوتا ہے۔ اس کسر میں گاہے تقیح پیدا ہو جاتا ہے، اور گاہی غانغرانا

علاج ۔ ٹانگ کو کھینچکر اور ہاتھ سے ٹٹول کر کر دوسرے کو اپنی جگہ بٹھا دینا چاہیے، اور گھٹنے کو موڑ کر بغیر کسی جبیرہ کے رکھا جائے (زاویہ تقریبًا ساٹھ درجہ کا ہو)۔ عضو پر پٹی باندھی جائے، اور اسے بیرونی پہلو پر لٹایا جائے۔ تسکین و تبرید کے لئے گھٹنے پر برف کی تھیلی رکھی جائے۔ دو ہفتے کے بعد پٹی کھول دی جائے، اور تحریک قسری شروع کی جائے۔

علاج مشترک

ران کی ہڈی کے مختلف کسور چونکہ بہت سی باتوں میں علاجًا مشترک ہیں، اسلئے انکا ایک جگہ بیان کرنا بے فائدہ تکرار سے پرہیز کرنا ہے۔ اس مقام پر جو علاج بیان کیا جاتا ہے۔ اسکے نتائج پر زیادہ فخر نہیں کیا جا سکتا، کیونکہ بسا اوقات ٹانگ چھوٹی رہ جاتی ہے، اور اکثر گھٹنے میں کم و بیش صلابت (یبوست) آجاتی ہے۔ مندرجۂ ذیل عام اصول وہ ہیں جو عظم الفخذ کے اکثر کسریں برتے جاتے ہیں:

(۱) **تمدید مدید**، یعنی ایک عرصہ تک ٹانگ کو پھیلا ہوا رکھنا۔

(۲) **تعلیق**، یعنی ٹانگ کو لٹکانا +

(۳) **تبعید**، یعنی ٹانگ کو خط وسطانی سے دور رکھنا (وضع تبعیدی میں رکھنا)۔

(۴) گھٹنے اور ٹخنے کو اثنائے علاج میں متحرک رکھنا +

(۵) لازوتہ کا دور کرنا اور عضو کی مالش کرنا +

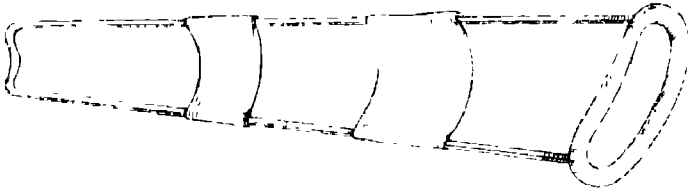
(۱) **تمدید** | عظم الفخذ کی گردن اور جسم کے کسر میں عمومًا اسکی ضرورت پیش آتی ہے۔ اس مقصد کے لئے مختلف قسم کے جبیرے استعمال

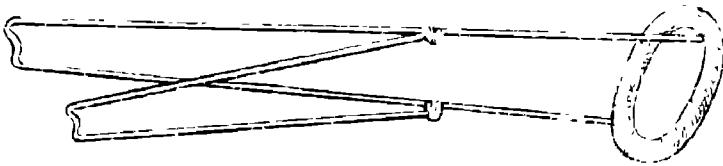
کئے جاتے ہیں۔ مثلاً جبیرۂ طامس[1]، اور جبیرۂ ہاجن[2] وغیرہ +

جبیرۂ طامس جس طرح ٹانگ کا ہوتا ہے، اسی طرح بازو کا بھی ہوتا ہے۔ اس کی ترکیب کا اصلی جزو وہ حلقہ ہوتا ہے، جس میں ٹانگ یا بازو داخل کر دیا جاتا ہے؛ اس حلقہ کو اچھی طرح گدی دار بنایا جاتا ہے، اور اس میں دیوار سینہ اور بغل کے مقابل یا حدبۂ ورکیہ کے مقابل دباؤ ہوتا ہے۔ اس حلقہ کا جہاں دباؤ پڑتا ہے، وہاں کی جلد کو بار بار دیکھنا اور اُسکی حفاظت کرنی چاہیئے۔ تاکہ وہاں زخم (قروح جبیری) نہ پیدا ہو جائیں۔ اس جبیرہ کے دونوں طرف سیدھی یا خمیدہ لوہے کی ایک چھڑ (سلاخ) ہوتی ہے، جو اوپر کیطرف اُس حلقہ سے لگی رہتی ہے، اور نیچے کی طرف دونوں چھڑیں ایک آڑے حصے میں ختم ہوتی ہیں؛ یہ آڑا آخری حصہ ہاتھ میں انگلیوں کے سروں سے، اور پاؤں میں تلوے سے آگے بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ چونکہ فخذ کے کسور میں صلابت سے بچنے کے لئے گھٹنے کے جوڑ کو متحرک رکھنا ضروری ہے؛ اسلئے طامس کا معمولی جبیرہ، جو کہ سیدھا ہوتا ہے زیادہ مناسب نہیں ہے؛ اس لئے اس جبیرہ کی پہلوی چھڑوں کو موڑ دیا جاتا ہے، یا گھٹنے کے مقابل اس میں جوڑ لگا دئے جاتے ہیں؛ تاکہ یہ حرکت کرنے کے قابل ہو سکے۔

جبیرہ ہاجن بھی جبیرۂ طامس کی طرح لوہے کی چھڑ کا ہوتا ہے مگر فرق یہ ہے کہ اس کے بالائی حصے میں حلقہ کی بجائے ایک قوس ہوتا ہے، جو رباط الاربیہ کے ٹھیک نیچے ران کی بالائی سطح پر ترچھے

---

[1] تھامس اسپلنٹ + [2] ہاجنس اسپلنٹ +

تصویر (۸۸)

جبیرۂ طامس جو ٹانگ کے کسور میں
استعمال کیا جاتا ہے۔

تصویر (۸۹)

جبیرۂ طامس، جس میں گھٹنے کے مقابل
ایسا جوڑ لگا دیا گیا ہے کہ گھٹنہ ہلایا
جاسکے۔

طور پر قائم ہو جاتا ہے ؛ اسی وجہ سے اس جبیرہ کی بیرونی چھڑ نسبتاً لمبی ہوتی ہے ۔ پہلے لازوقہ لگا کر ٹانگ کو پھیلا دیا جاتا ہے ؛ پھر تقریباً سات قیراط عرض کی فلالین کی پٹیاں ٹانگ کے نیچے بمقابلہ اسکے محور کے زاویہ قائمہ پر رکھی جاتی ہیں ، جو ایک دوسرے پر چڑھی رہتی ہیں ۔ اس کے بعد جبیرہ اپنی جگہ قائم کیا جاتا ہے ، اور پٹیوں کے سروں کو جبیرہ کی پہلوی چھڑوں سے وابستہ کر دیا جاتا ہے جس سے ٹانگ کے سہارے کے لئے فلالین کا ایک ظرف (حوض) بن جاتا ہے ۔ پھر جبیرہ کے آخری سرے سے ڈوری (حبل التمدید) باندھی جاتی ہے ۔ جبیرہ کے پہلوی حصوں میں خمیدہ خار (شص[۱]) یا طقے ہوتے ہیں ، جن میں ڈوریوں کو اٹکا کر ٹانگ کو جبیرہ کے ساتھ اٹکا دیا جاتا ہے ؛ جس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ ان ڈوریوں کو اوپر کی طرف ایک جگہ اکٹھا کر لیا جاتا ہے ، جنکے ساتھ ایک مضبوط ڈوری باندھی جاتی ہے ؛ پھر اس ڈوری کو ایک گھرنی میں گزارا جائے ، جو پائنتی کی طرف ایک قائمہ (عمود) پر لگی ہوئی ہو ، یا پلنگ کے اوپر کسی دوسرے سہارے پر لگی ہوئی ہو ، اور اس میں مناسب وزن لٹکا دیا جاتا ہے ۔ ران کی بندش (اسادہ) کے وقت اس بڑے جبیرے کے علاوہ ران میں چھوٹے جبیرے بھی باندھ دئے جاتے ہیں ، تاکہ ٹوٹی ہوئی ہڈیاں اچھی طرح بے حرکت ہو جائیں ۔ چونکہ جسم کا بوجھ تمدید مقابل[۲] کا کام دیتا ہے ۔ اس لئے پلنگ کی پائنتی کو بلند کر دینا چاہئے ۔ بعض اوقات یہ ناکافی ہوتا ہے ۔ اور جبیرے کے ڈھیلے ہونے سے رک نہیں سکتا ۔ اس لئے ایسی صورت میں بالائی

---

[۱] ہک (شص) + [۲] کونٹر اکسٹنڈنگ فورس +

قوس کے ساتھ ڈوری باندھکر سرہانے کی طرف اس میں وزن لٹکا دیا جاتا ہے۔ جب یہ جبیرہ صحیح طور پر استعمال کیا جاتا ہے، تو جبیرہ خود بخود قوت تمدید (جسم کے وزن) سے کھینچ جاتا ہے، اور یہ کشش ٹانگ کی طرف اُس ڈوری کے ذریعہ منتقل ہوتی ہے جو "ناشرہ[1]" سے نیچے جاتی، اور جو پورے طور پر تنی ہوئی ہوتی ہے۔ اگر یہ ڈوری ڈھیلی ہو تو یہ اس امر کی علامت ہے کہ جبیرہ پھسل گیا ہے، اور اسے دوبارہ ٹھیک کرنے کی ضرورت ہے +

جن صورتوں میں گھٹنے اور کولھوں کے جوڑوں کو (دونوں کو) خفیف طور پر خمیدہ رکھنے کی ضرورت ہو، ان میں جبیرۂ ہاجن کا استعمال بہت بہتر تدبیر ہے، بشرطیکہ صحیح طور پر لگایا جائے۔ لیکن عام طور پر درست طریقہ سے اسکا لگانا دُشوار ہوتا ہے +

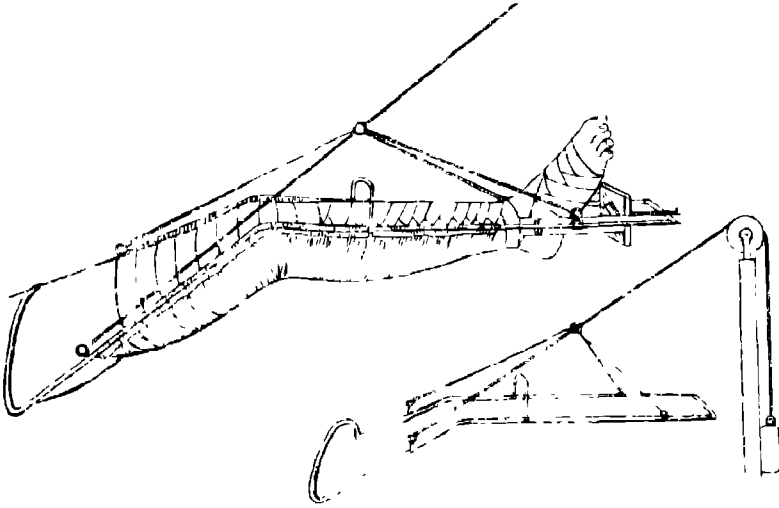
جبیرۂ ہٹیگرو وہی تاروں کا ایک جھولہ نما جبیرہ ہے، جس میں ٹانگ بے حرکت، تنی ہوئی معلق رہتی ہے۔ اسکا سہارا الواح کسور[2] پر ہوتا ہے، اور یہ فرش کے گدے پر استحکام کے ساتھ قائم رہتا ہے، ضرورت کے وقت اسکے اندر اور اسکے قاعدہ کے پاس ریت کے تھیلے بھر دئے جاتے ہیں، جس سے یہ اور بھی اچھی طرح جم جاتا ہے۔ جبیرۂ تھامس کی طرح اس جبیرہ میں بھی ٹانگ فلالین کے حوض[3] کے گزرتا ہے +

---

[1] ناشرہ (اسپریڈر) وہ تختی جو اس جبیرہ کے ساتھ تلوے کے پاس ہوتی ہے، جس کے وسط میں ایک سوراخ ہوتا ہے۔ اس سوراخ میں حبل تمدید

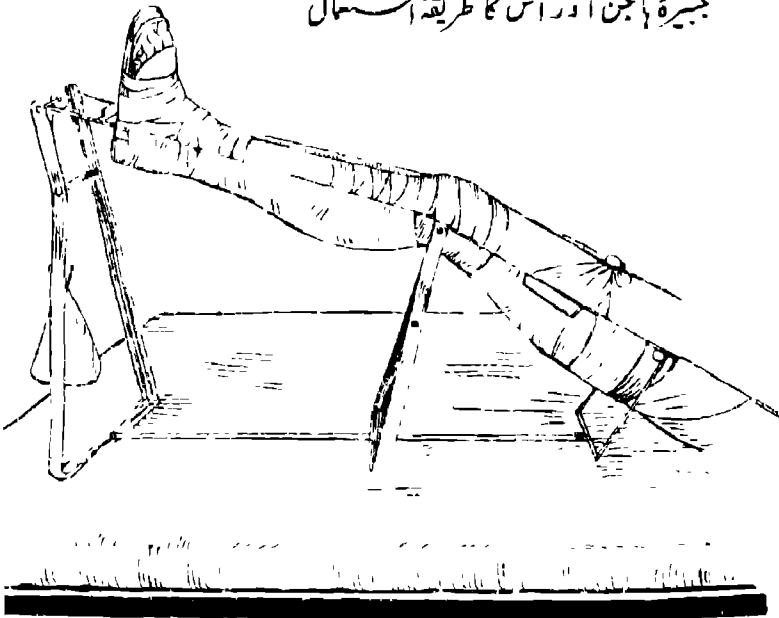
[2] ہے گروو اسپلنٹ +

[3] فریکچر بورڈز +

[4] حوض۔ ٹرف +

تصویر (۹۰)

جبیرۂ ہاجن اور اس کا طریقۂ استعمال

تصویر (۹۱)

جبیرۂ ہے گرود، تختے کسور کے لئے

اندر رہتی ہے، اور تمدید کے لئے بطریق معمول لازوقہ لگایا جاتا ہے، یا جزء قدمی کے ذریعہ قائم کی جاتی ہے، جو سریش سے چپکا دیا جاتا، یا پٹی سے باندھ دیا جاتا ہے، اور یہ جبیرہ پر پھسلتا رہتا ہے۔ تمدید یعنی کھینچنے کے لئے ایک وزن پائنتی کیطرف لٹکایا جاتا ہے، جو ایک گھرنی پر گزرتا ہے۔ یہ جبیرہ بہت آرام دہ ہے، اور آسانی سے لگایا جاسکتا ہے۔ ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو اپنی جگہ رد کنے کے لئے ضرورت کے وقت جبیرۂ گنج کے اضافی اجزاء بھی بڑھائے جاسکتے ہیں۔

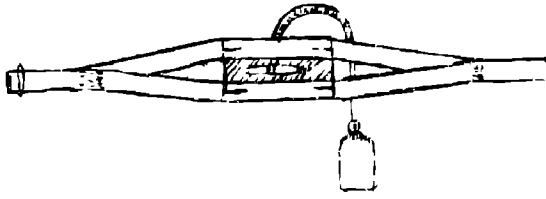
تمدید کے طریقے:۔ فخذ کے کسور میں ٹانگ کے پھیلانے کے مختلف طریقے ہیں، جن میں حسب ضرورت تبدیلیاں کیجاسکتی ہیں۔

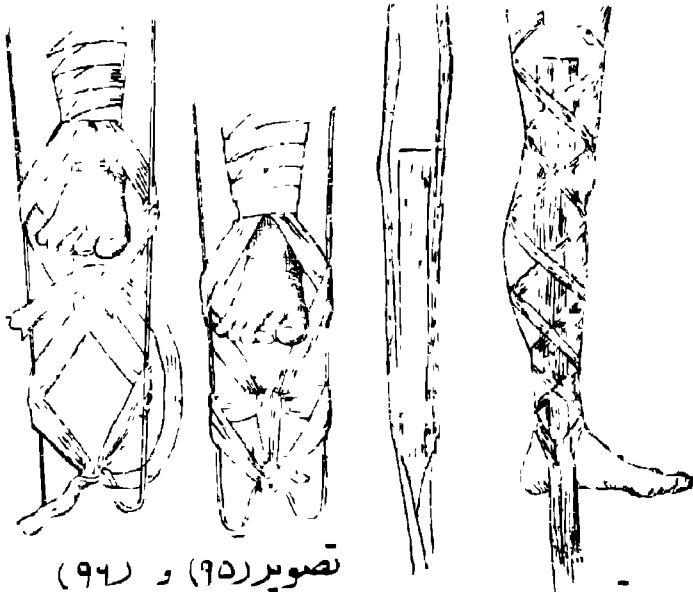
۱- **بذریعہ لازوقہ**:۔ لازوقہ لگانے سے پہلے ٹانگ کو مونڈکر دھونا اور صاف کرنا چاہیئے، تاکہ لازوقہ اچھی طرح چپک جائے۔ اور حتی الامکان جلد کی خراش اور عفونت سے بچنا چاہیئے۔ تقریبًا ڈھائی قیراط چوڑی دو پٹیاں کاٹ کر اس شکل کی طرح موڑی جائیں، اور اسکے دونوں کنارے کاٹ دئے جائیں، تاکہ ٹانگ کی گول سطح پر یہ کٹے

ہوئے ٹکڑے اوپر تلے چڑھکر اچھی طرح چپک جائیں۔ لازوقہ کو ران

۵۳ تُبّہ اسپلنٹ	۵۱ ایڈ ہیرو پلاسٹر + ۵۲ فُٹّا پیس +

کی کافی بلندی تک ہونا چاہئے، اور مفصل مرکبہ پر ان کو چپکانا نہ چاہئے، تاکہ تحریک قسری کے وقت یہ رکاوٹ نہ ڈال سکے۔ اس مقصد کے لئے چمڑے کا ایک مناسب ٹکڑا لازوقہ کی چپکنے والی سطح جوڑ کے مقابل لگا دیا جائے۔ پھر ذیل کی شکل کے مطابق ناشرہ[1] تیار کیا جائے؛ یعنی لازوقہ کو لکڑی کے ایک ٹکڑے کے ساتھ چپکایا جائے، جو مفصل کعب سے زیادہ عریض ہو، اور اس کے وسط میں ڈوری کے گزرنے کے لئے سوراخ ہو۔ ٹانگ کے دونوں پہلو پر لمبی پٹیاں لگائیں، جسکی صورت یہ ہے کہ پہلے انہیں گرم کر لیا جائے، یا ان کی چپکنے والی سطح کو روغن تارپین[2] (دہن بطم) سے تر کر دیا جائے؛ پھر ٹانگ کو اونی پٹی سے یا عصابہ بورقیہ[3] سے ڈھانک دیا جائے، جو گھٹنے سے زیادہ دور تک نہ بڑھے۔ اسکے بعد تنگ پٹی لگائی جائے، جو ترچھے طور پر عضو کی گولائی میں گھومتی ہوئی جائے۔ پھر دبا بیس[4] محفوظہ وغیرہ کے ذریعہ ناشرہ[5] لگا دیا جائے؛ اندرونی اور بیرونی گٹوں کو رگڑ سے بچانے کے لئے ان پر گدیاں باندھ دی جائیں۔ ناشرہ کے مرکزی (وسطی) سوراخ سے ڈوری گزرتی ہے۔ جو اوپر کی طرف ایک آڑی لکڑی سے لگی رہتی ہے، اور نیچے کی طرف ایک گھرنی پر گزرتی ہے، جو کسی مناسب مقام پر لگائی جاتی ہے؛ ڈوری کے اس سرے پر وزن باندھ دیا جاتا ہے، جو قوت تمدید کا کام کرتا ہے+

[1] اسپریڈر (ناشرہ) +	[4] سیفٹی پنز۔ دبابیس محفوظہ۔ دبابیس الامن +
[2] ٹرپنٹائن آئل +	[5] اسپریڈر +
[3] بورے سک بینڈیج +	

تصویر (۹۳)

ناشرہ پر پٹی باندھنے کا طریقہ

تصویر (۹۵) و (۹۶)

ان دونوں تصویروں میں یہ دکھلایا گیا ہے کہ جبیرۂ طاس کے سر پر تمدید کی پٹیوں کو کھینچنے کی غرض سے کس طرح باندھا جاتا ہے، اور یہاں کس طرح گرہ لگائی جاتی ہے۔

تصویر (۹۴)

تمدید کے لئے لازوقہ لگانے کا امریکی طریقہ۔

وزن جو تمدید کے لئے لٹکایا جاتا ہے، یہ مریض کے قد و قامت اور عضلات کی فربہی کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے، مگر زمانہ ماضی کے جراحین غلطی سے بہت کم وزن استعمال کیا کرتے تھے. ایک جوان تندرست میں ٹوٹے ہوئے فخذ کو اپنی طبعی درازی پر قائم رکھنے کے لئے علی العموم بیس رطل (دس سیر) وزن کی ضرورت ہوتی ہے. اسی طرح تمدید مقابل کے لئے پلنگ کی پائنتی کو تقریبًا بارہ قیراط بلند کر دینا چاہیئے. پورے وزن کا یک لخت استعمال کرنا مناسب نہیں ہے اس سے جلد کے مجروح ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے، بلکہ شروع میں بہتر یہ ہے کہ سات سے دس رطل وزن لٹکایا جائے، اور پھر بہ عجلت وزن کو بڑھاتے ہوئے پورے وزن تک پہونچایا جائے. پھر جس وقت ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کا اتصال حاصل ہو، فورًا نصف وزن کم کر دیا جائے اور باقیماندہ نصف وزن کو لگ دو تین ہفتہ تک قائم رکھا جائے. جب وزن دور کر دیا جاتا ہے، اور مریض حرکت کرنے لگتا ہے، تو ہمیشہ ثانوی طور پر عضو کچھ نہ کچھ چھوٹا ہو جاتا ہے، اسلئے دانشمندی یہ ہے کہ ٹانگ کو نصف قیراط زیادہ لمبا رکھا جائے، اور اس نصف قیراط کی درازی کو تمدید کا نتیجہ سمجھا جائے.

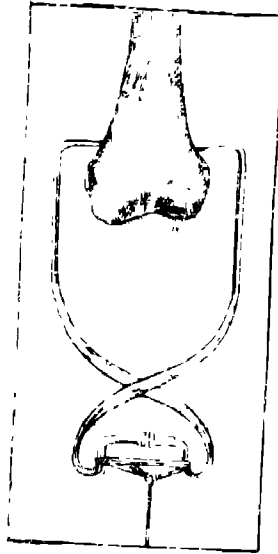
بہت سی صورتوں میں نہ وزن لٹکایا جاتا ہے، اور نہ گھرنی استعمال کی جاتی ہے، بلکہ لازوقہ کی دونوں پٹیوں کے سروں کو مضبوطی کے ساتھ جبیرے کے آخری سرے کے آڑے حصے پر باہم باندھ دیا جاتا ہے. اس صورت میں بمقابلہ سابقہ صورت کے تمدید زیادہ شدید نہیں ہوتی ہے، لیکن اس میں تمدید دائمی اور

مسلسل رہتی ہے، حتیٰ کہ مریض جب حرکت کرنے لگتا ہے، اُس وقت بھی یہ قائم رہتی ہے +

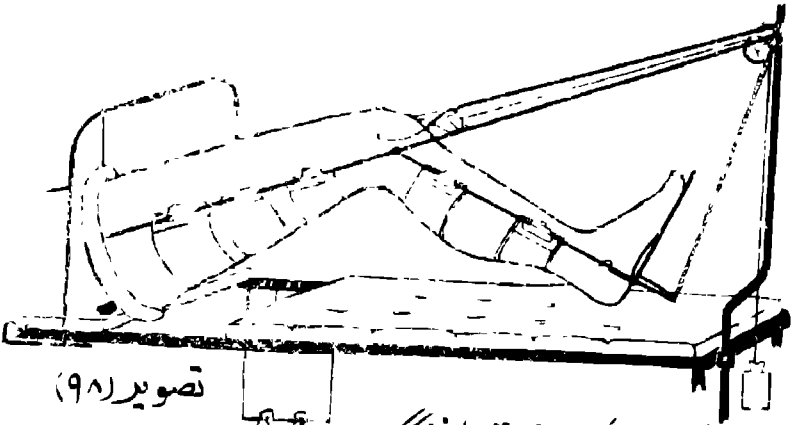
۲۔ غراء[1] :- لازوقہ چونکہ ہر حالت میں اطمینان بخش نہیں ہوا کرتا ہے، اسلئے اسکی بجائے مختلف قسم کے سریش تجویز کئے گئے ہیں، جو عضو پر لتھیڑ دئے جاتے ہیں، اور اسپر کپڑے چپکا دئے جاتے ہیں۔ پھر کپڑے کی پٹیوں کو بدستور سابق جبیرے کے آخری سرے کے ساتھ باندھ دیا جاتا ہے ؛ یا کسی اور طریقے سے کھینچکر اور مناسب تناؤ پیدا کرکے جبیرے کے پہلوی چھڑاوں کے ساتھ باندھ دیا جاتا ہے ۔

۳۔ یہ ظاہر ہے کہ تمدید کے جتنے طریقے اوپر بتائے گئے ہیں، تقریبًا سب میں عضو کو خط مستقیم پر کھینچنا پڑتا ہے، اور اگر گھٹنے کو موڑکر رکھنے کی ضرورت ہو، تو قوتِ تمدید کی ایک کافی مقدار ضائع ہو جاتی ہے، (اور بعض حالات میں رد کسر حاصل نہیں ہوتا (ہڈی اپنی جگہ نہیں بیٹھتی) ۔ ان حالات میں جبیرۂ تھامس استعمال کیا جاتا ہے، جو گھٹنے کے مقام پر مُڑا ہوا ہوتا ہے۔ عضو کے دونوں طرف لازوقہ یا غراء التمدید لگایا جاتا ہے، اور مناسب وزن کے ذریعہ تختہ کے محور پر تمدید قائم کی جاتی ہے ؛ اسکی ڈوری ایک گھرنی میں گزاری جاتی ہے، جو پائنتی کی طرف ایک عمود کے ساتھ لگائی جاتی ہے۔ پھر ایک دوسری تمدید بھی گھٹنے کے نیچے قائم کی جاتی ہے، اور اسے جبیرے کے آڑے حصے کے ساتھ باندھ دیا جاتا ہے، جس سے قوت تمدید بڑھ جاتی ہے، پھر

---

[1] سریش (گلیو) + [2] گلیو اکس ٹن شن +

تصویر (۹۷)

برکار تمدید فخذ کے کسور کے لئے

یہ یاد رکھنا چاہیے کہ برکاری نوکیں ہڈی کو چھید نہ دیں، بلکہ ہڈی کی سطح پر قائم رہیں۔

تصویر (۹۸)

برکار التمدید کا طریقہ استعمال فخذ کے کسور میں

جسکے ساتھ جبیرہ طاس بھی لگایا گیا ہے اور اسکے ساتھ جزء قدمی کو لگا کر بذریعہ ایک زنجیر کے لٹکایا گیا ہے

جبیرہ کو اُسی عمود کے ساتھ لٹکا دیا جاتا ہے۔ یا نیچے کیطرف سے کسی اور مناسب سہارے پر قائم کر دیا جاتا ہے +

برکار تمدید[1]:- بعض لوگوں نے تمدید کے لئے سنڈاسی یا چمٹے کے مانند ایک آلہ بنایا ہے، جو برکار سے مشابہ ہوتا ہے۔ اسکی نوکیں جلد میں نفوذ کرنے کے بعد فخذ کے لقمتین تک پہونچ جاتی ہیں۔ اس برکار میں ڈوری باندھکر وزن لٹکا دیا جاتا ہے، جو کھچاؤ کا کام کرتا ہے لیکن یہ احتیاط برتی جائے کہ زیرین قطعہ میں غیر معمولی کشش نہ پیدا ہو جائے، جو اس صورت میں بہت ممکن ہے۔ جب دونوں ٹکڑے سیدھ میں آجائیں، فوراً وزن کو کم کر دینا چاہیئے +

یہ ظاہر ہے کہ اس صورت میں عضو کو قسری طور پر تحریک دینا ناممکن ہے۔ اس برکار کو تین سے پانچ ہفتہ تک لگا رکھنا چاہیئے، اس سے زیادہ لگانا مناسب نہیں۔ اس عرصہ کے بعد عضو کی تمدید کے لئے بلا کسی جبیرہ کے سادہ طور پر وزن لٹکانا مناسب ہے، بسا اوقات عضو کو اپنی وضع پر قائم رکھنے کے لئے یہ کافی ہوا کرتا ہے، اور اس وقت دوسرے مختلف مفاصل میں بھی حرکات ذاتیہ ہو سکیں گے اس طریقہ میں ضروری ہے کہ پورے طور پر صفائی کا خیال کیا جائے تاکہ عفونت نہ واقع ہو، اور پوری احتیاط برتی جائے کہ مفصل رکبہ نفوذ جراحت سے محفوظ رہے +

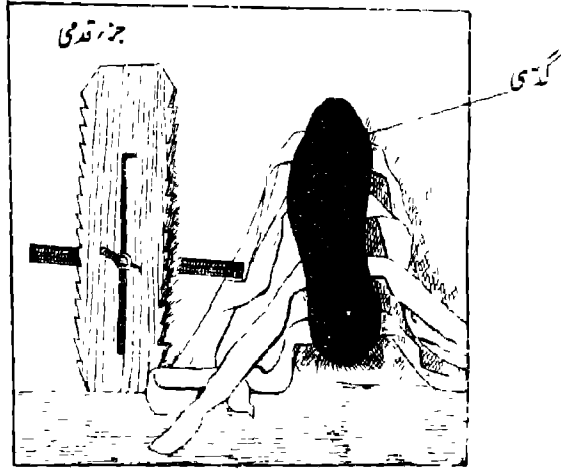
تنفیذ کلی[2]:- یعنی ہڈی میں آر پار دھات کا موٹا تار یا سوئی داخل کر کے فخذ کے زیرین سرے کو کھینچنا۔ یہ تار تقریباً چھ قیراط لمبا،

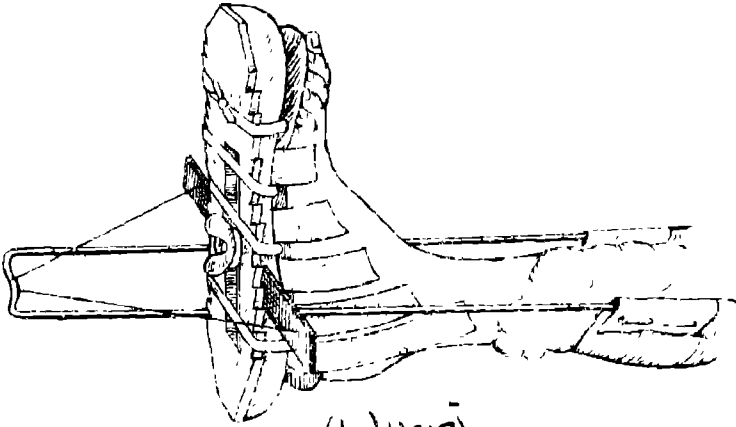
[1] ٹانگس کیلی پر ڈبر کار (معرب پرکار) + [2] کمپلیٹ ٹرانس فکشن +

اور ۱/۲ قیراط موٹا ہونا چاہیے. اسکا ایک سرا تیز دھار دار اور دوسرا سرا چپٹا ہوتا ہے. اسکا طریقۂ عمل یہ ہے کہ مریض کو بیہوش کرنے کے بعد گھٹنے کے اردگرد کی جلد کو اچھی طرح مطہر کیا جاتا ہے، پھر لقمۂ الفیہ کے بلند حصہ سے ایک انگشت اوپر تار کو آر پار گذار دیا جاتا ہے. مناسب یہ ہے کہ تار کو داخل کرتے وقت جلد ذرا اوپر کھینچ لی جائے، تاکہ تمدید کے وقت تار کے اوپر جلد کھچی نہ رہے. پھر اردگرد کی جراحت کو مناسب اسادہ سے ڈھانک دیا جاتا ہے، اور اس سوئی یا تار کے ساتھ نعل کی شکل کا لوہے کا حصہ جوڑ دیا جاتا ہے، اور اس میں ڈوری باندھکر وزن لٹکا دیا جاتا ہے +

اس طریقۂ عمل کے خلاف بہت سی خرابیاں بتائی گئی ہیں، اور یہ خطرہ ظاہر کیا گیا ہے کہ ہڈی میں ناسور ہو جاتا ہے. لیکن اگر جراحی کے تمام اصول مدنظر رہیں، تو ناصور کا خطرہ بہت کم ہے، مگر بہر حال ان خطرات کو دیکھتے ہوئے برکار تمدید کا استعمال بہتر ہے، جس میں تنفیذ کلی کی ضرورت پیش نہیں آتی +

فخذ کے زیرین سرے کے کسور میں، جبکہ لقمتین ٹوٹ گئے ہوں، اور برکار تمدید اور تنفیذ کلی کا طریقہ فخذ میں ناقابل عمل ہو تو قصبۂ کبری کے حدبوں سے ذرا نیچے اور کسی قدر پچھلی جانب تنفیذ کا عمل کیا جا سکتا ہے +

ان دونوں عملیات (عملیت برکاریہ و عملیت تنفیذ) کے ساتھ ساتھ تمدید کے دیگر اصول بھی استعمال کئے جا سکتے ہیں:- مثلاً جبیرۂ تھامس، عمود، چرخی، ڈوری، اور وزن وغیرہ +

تصویر (۹۹)

جزء قدمی (سنکلیر) اور گدی اسپر لگانے کے لئے

تصویر (۱۰۰)

جزء قدمی (سنکلیر) جسے ٹانگ کی تمدید کے لئے استعمال کیا گیا ہے۔

۴ :- بعض اوقات ران یا پنڈلی پر لازوقہ یا سریشں کا لگانا ناممکن یا نامناسب ہوتا ہے، اور تمدید کے لئے قدم کو کھینچنا پڑتا ہے اسکی ضرورت خصوصیت کیساتھ گھٹنے کے نیچے کے کسور میں زیادہ پڑتی ہے۔ اس مقصد کے لئے ذیل کے طریقے استعمال کئے جاتے ہیں +

(الف) جزء قدمی[1] (سنکلیرکا) یا کھڑاؤں :- لکڑی کے جزء قدمی میں اچھی طرح گدی سے نرم کر کے تلوے پر لگایا جاتا ہے، اور لازوقہ یا سریش (رغرا) کے ذریعہ چپکا کر قائم کر دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد اسکے ساتھ ڈوری لگائیں، اور جبیرہ کے آخری آڑے حصے کے ساتھ مناسب تمدید کے بعد باندھ دیں۔ عموماً جبیرہ کا آڑا حصہ کعبین کی سیدھ میں ہوا کرتا ہے، لیکن مفصل کعب کے انقباض و انبساط کے مطابق اسکی وضع بدلی جا سکتی ہے۔ اسیطرح مفصل کعب کو اندر یا باہر کیطرف موڑنے کے لئے اُن پٹیوں کی درازی میں، جو دونوں طرف باندھی جاتی ہیں، مناسب کمی بیشی کی جا سکتی ہے +

(ب) جورَبِ[2] تمدید (تمدید کا موزہ) :- ایک مناسب موزہ لیکر انگلیوں والے حصے کو کاٹ دیا جائے، پھر اسے پنڈلی کے زیرین حصے، مفصل کعب، اور پشتِ قدم پر سریش سے چپکا دیا جائے (تلوے کو چپکایا نہ جائے)، اور جبیرہ کا ایک ٹکڑا یا لوہے کی سلاخ کا ایک ٹکڑا لیکر، اور مناسب طریقے سے گدی لگا کر اس موزے اور تلوے کے درمیان داخل کر دیا جائے۔ اس کے بعد تمدید کے لئے

---

[1] سنکلیرس فٹ پیس، سنکلیرس اسکیٹ (اسکیٹ۔ برف پر چلنے کا یا کھڑاؤں +

[2] سٹاکنگ ٹرکشن +

ڈوریاں موزے میں سے گزار کر اس ٹکڑے کے ساتھ باندھی جائیں +
اگر موزہ پر لصقۂ بارِیس[1] لگایا جائے، اور لوہے کی چھڑ کا ایک آڑا حصہ اندر داخل کر دیا جائے، جسکے سروں میں سوراخ ہوں، یا جس کے نیچے ایک شفت[2] (صنّارہ) ہو تو زیادہ استحکام اور یقین کے ساتھ یہ قائم رہیگا +

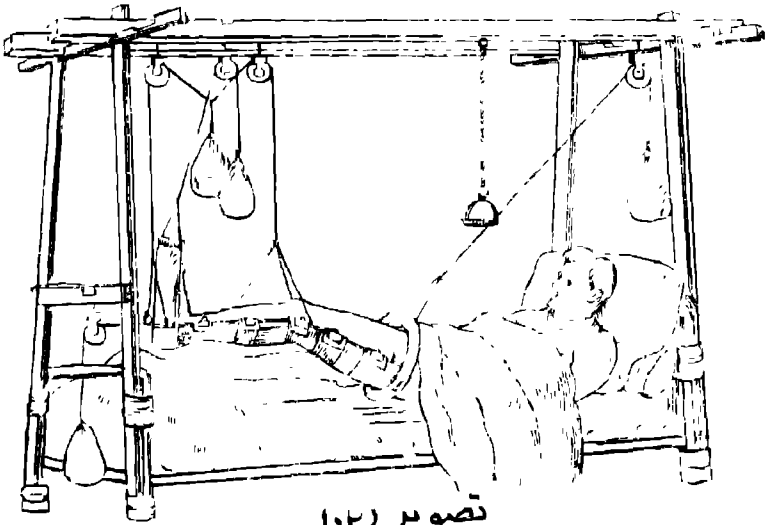
(۲) **تعلیق** | عضو کا لٹکانا بھی اصول علاج میں داخل ہے، بشرطیکہ صحیح طور پر تمدید حاصل ہو چکی ہو. فخذ کے کسور میں اس مقصد کے حاصل کرنے کے لئے بہت سے تدابیر بتائے گئے ہیں :-

معلاق بلقان | ان میں سے سادہ ترین لکڑی کی وہ کرسی ہے جو مریض کے بستر کے اوپر (یا مریض کے اوپر) سرہانے سے پائنتی تک دراز ہوتی ہے، اور اس کے دونوں سرے دو عمودی لکڑیوں پر قائم ہوتے ہیں ؛ ان دونوں عمودوں کا تعلق ایک "بیٹھک" کے ساتھ ہوتا ہے، جو فرش پر سہارہ رکھتی ہے ؛ یہ سامان بہ عجلت تمام ہر بڑھئی سے بنوایا جا سکتا ہے. اسکو عموماً پلنگ (یا بستر) کے خط وسطانی سے کسی ایک طرف ہٹا کر رکھا جاتا ہے، تاکہ یہ ماؤنٹ ران کے محور کے متوازی قائم ہو جائے. پھر عضو کو معلق کرنے کے لئے جبیرہ کے ساتھ ڈوریاں باندھکر اس کڑی کی گھرنیوں پر گزاری جاتی ہیں اور ان میں وزن لگا دئے جاتے ہیں، تاکہ یہ تقابلِ وزن کا کام کر سکیں. اس کڑی کے ساتھ سرہانے کے پاس ایک زنجیر مع ایک دستہ کے لٹکا دی جاتی ہے، تاکہ فرش پر مریض اپنے آپ کو اُٹھا سکے ؛ اس

---

[1] پلاسٹر آف پیرس +
[2] ہُک +
[3] بلکان بیم - بلکان فریم +

تصویر (۱۰۱)

جورب تمدید، جسے بذریعہ غرار کے، یا بذریعہ لطخۂ بار لیس کے چپکا دیا جاتا ہے۔

تصویر (۱۰۲)

فخذ مکسور کا طریقۂ علاج، جس میں جبیرۂ طامس وزن التمدید اور تعلیق کے ساتھ استعمال کیا گیا ہے۔

قسم کے حرکات کی تیارداری کی سہولت کے لئے مریض کو اجازت دی جاتی ہے، کیونکہ ان سے ٹوٹی ہوئی ہڈی کی وضع قیام پر کچھ اثر نہیں پہونچتا ہے۔ بشرطیکہ صحیح طور پر تمدید حاصل ہو چکی ہو۔ پائنتی کی عمودی لکڑی پر بھی دوسری گھرنی لگائی جاسکتی ہے، تاکہ اسیر حبل تمدید گزر سکے اور تاکہ جبیرہ کا آخری سرا باندھا جاسکے، جیسا کہ اس وقت کیا جاتا ہے جبکہ پنڈلی کے لئے ایک اضافی حصہ لگایا جاتا ہے، چنانچہ اس اضافی حصے کو ڈوری یا زنجیر کے ذریعہ عمود کے صنارہ (شص) میں لٹکایا جاتا ہے۔

بعض لوگوں نے تعلیق کے لئے دوسرا سامان بنایا ہے جو زیادہ پیچیدہ ہے، مگر اسکے ساتھ اسی قدر اس کے فوائد بھی ہیں۔ یہ سارا لکڑی کا بنا ہوا ڈھانچ ہے، جسکی چار عمودی لکڑیاں پلنگ کے کونوں کے ساتھ بندھی ہوتی ہیں، ان عمودوں کے سروں پر سرہانے اور پائنتی کیطرف دو آڑی لکڑیاں لگی ہوتی ہیں، ان آڑی لکڑیوں پر متعدد کھانچے بنے ہوئے ہوتے ہیں۔ جن میں طولانی لکڑیاں پلنگ کے خط وسطانی سے مختلف فاصلہ پر پھنسائی جاسکتی ہیں۔

جب ان میں سے کوئی سامان میسر نہ ہو، تو صرف ایک لکڑی سے کام لیا جاسکتا ہے، جسکی صورت یہ ہے کہ اسے پلنگ کی پائنتی کے ساتھ مستحکم طریقہ پر بشکل عمود باندھ دیا جائے، اور اس میں حبل التمدید کے لئے گھرنی اور جبیرہ کے آخری سرے کو لٹکانے کے لئے صنارے (شص) لگا دئے جائیں۔

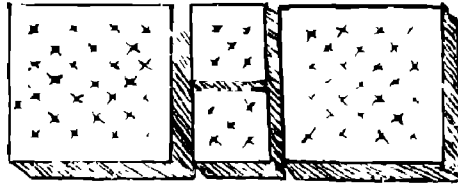
مریض کے لٹانے کے لئے جو گدّہ استعمال کیا جائے، وہ

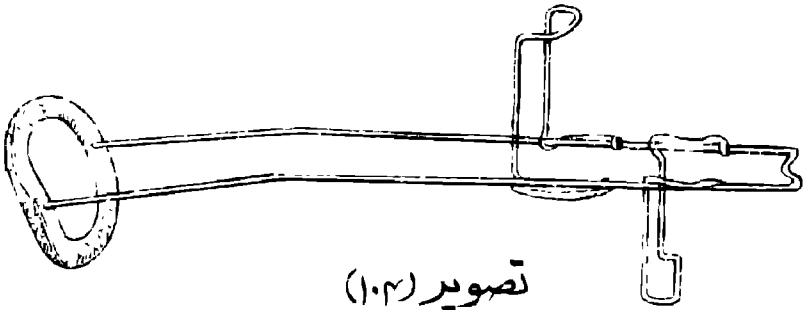
مختلف حصوں میں منقسم ہو، اگلا، پچھلا، اور درمیانی، تاکہ ضرورت کے وقت درمیانی حصہ کو ہٹایا جا سکے، اور پشت اور سرین تک پہونچنا آسان ہو، قروح القطاۃ (قروح الفراش) سے حفاظت کی جا سکے، اور مبالہ و مبرزہ (بول و براز کے آلات) وغیرہ آسانی کے ساتھ لگائے جا سکیں۔ اگر عضو اور جبیرے کی تعلیق ناممکن ہو، تو اُس وقت قابل عمل یہ ہے کہ جبیرہ کو پلنگ سے آزاد رکھا جائے، تاکہ تمدید میں نقص نہ آنے پائے، اور جبیرہ تھامس کے زیرین آڑے حصے کو کسی مناسب لکڑی کی اینٹ پر رکھکر کافی بلند کر دیا جائے۔

(۳) تبعید | یعنی عضو کو خط وسطانی سے دور رکھنا۔ فخذ کے کسور کے علاج میں علی الخصوص اسکے بالائی سرے کے کسور میں اسکی ضرورت اکثر پڑا کرتی ہے۔ اس کی سہل ترین صورت یہ ہے کہ بلقانی[۱] معلاق کی لکڑی کو طولانی محور پر رکھنے کی بجائے ترچھے طور پر پلنگ کے ایک کونے سے دوسرے کونے تک رکھا جائے۔ جب چار ڈنڈے والا پلنگ ہو، تو تبعید کی آسان صورت یہ ہے کہ پائنتی کی طرف کے کسی ڈنڈے کے ساتھ گھرنی (بکرۃ التمدید[۲]) وغیرہ لگائی جائے۔

(۴) جب تک مریض بستر پر پڑا رہے، گھٹنے اور ٹخنے کے جوڑوں کو نرم اور متحرک رکھنے کے لئے ہر قسم کی کوشش جاری رکھنی چاہیے۔ یہ ظاہر ہے کہ ہمیشہ اور ہر صورت میں یہ ممکن نہیں ہے، کیونکہ ان جوڑوں پر پٹیاں، جبائر وغیرہ آ جاتے ہیں، جو ان کو باندھ دیتے ہیں، لیکن جس وقت یہ ممکن اور قابل عمل ہو، اُسی

---

[۱] بلکان فریم (بلقانی معلاق)۔ [۲] اکس ٹن شن پُلی

تصویر (۱۰۳)

کسور رعانہ اور کسور فخذ کے مریضوں کے
لٹانے کے لئے گدہ، جو تین حصوں
میں منقسم ہے۔

تصویر (۱۰۴)

جبیرۂ ٹامس کے پہلوی چھڑوں میں اوپر
اور نیچے کی طرف دوسرے سہارے قائم
کردئے گئے ہیں۔ اوپر والا قدم کے سہارہ
کے لئے، کہ وہ لٹک نہ جائے، اور نیچے والا
جبیرہ کے آخری سرے کو بستر سے بلند کرنے
کے لئے۔

وقت جلد سے جلد ان جوڑوں کو حرکت دیا جائے، اور تمام وہ صورتیں حتی الامکان اختیار کی جائیں، جن سے تمدید کے ساتھ ان کی حرکت بند بھی نہ ہو، اور جنکا ذکر ابھی اوپر کے بیانات میں آچکا ہے +

(۵) جب کسر منجبر ہو جائے، اُس وقت یہ مناسب نہیں ہے کہ عضو کو لازوقہ بارلیس میں رکھا جائے، اور مریض کو بیساکھیوں پر چلنے پھرنے کی اجازت دی جائے؛ بلکہ مناسب یہ ہے کہ جب تک لازوقہ ہٹایا نہ جائے، اور مالش و تحریک ممکن نہ ہو اُس وقت تک اسکو ملتوی رکھا جائے +

کافی عرصہ گزرنے کے بعد مریض کو برکا[1] آلمشی کے سہارہ پر چلنے کی اجازت دینی چاہیئے؛ جس کے بالائی حصے میں چمڑے سے منڈھا ہوا ایک حلقہ ہوتا ہے، جو سرین سے جا لگتا ہے، اور جسپر حُدبہ درکیہ سہارہ لگاتا ہے۔ اس حلقہ سے دو لوہے کی چھڑیں لگی رہتی، جو نیچے کی طرف زاویہ قائمہ پر مڑی رہتی ہیں، یہ زیرین مُڑے ہوئے سرے جوتے کی ایڑی میں داخل ہو جاتے ہیں؛ اس طریقہ سے مریض کے جسم کا بوجھ زمین تک برکار کے ذریعہ (نہ کہ ٹانگ کے ذریعہ) منتقل ہوتا ہے، اور وہ بیساکھیوں (عکاکیز) کے بغیر بے خطر ہو کر چل پھر سکتا ہے، اور یہ خطرہ نہیں رہتا کہ جُڑی ہوئی ہڈیاں پھر ٹوٹ جائیں گی۔ اس آلہ کو کم از کم وقوع کسر کے چھ ماہ بعد استعمال کرنا چاہیئے +

مندرجہ بالا اصول علاج کو فخذ کے مختلف کسور میں ذیل کے

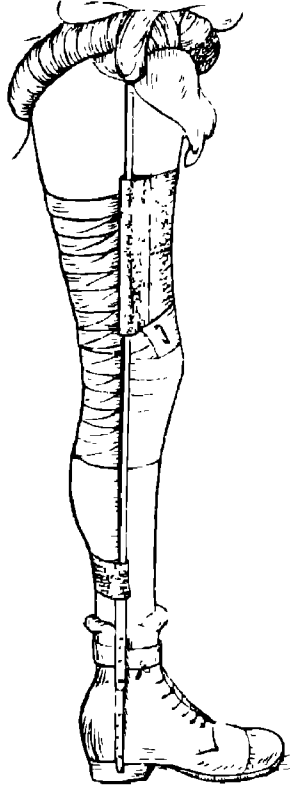
---

[1] واکنگ کیلی پر +

ہدایات کے مطابق استعمال کرنا چاہیئے۔

علاج جزئی:-

کسر داخل الکیس [1]:- اگر مریض جوان اور اچھا تندرست ہے تو اسے بستر پر چت لٹایا جائے، اور ریت کے تھیلے بھر کر اس کے دونوں پہلو پر رکھے جائیں۔ ران کے اور پنڈلی کے دونوں جانب لازوق کے ٹکڑے کاٹ کر چپکا دئے جاتے ہیں، جو طرو خانطیر اعظم اور اسکے مقابل نقطہ سے (اندرونی جانب) شروع ہوتے ہیں۔ لازوق کی چٹیاں ڈھائی قیراط عرض کی کاٹی جاتی ہیں۔ ٹانگ کی لمبائی جتنی کم ہوگئی ہے اسے اسی قدر کھینچکر پلنگ کی پائنتی کیطرف بوجھ باندھ دیا جائے، تاکہ ٹانگ برابر کھنچی رہے۔ بوجھ کے لئے ریت کی تھیلیاں بھری جاتی ہیں، جو گھرنیوں کے ذریعہ لٹکائی جاتی ہیں۔ بوجھ کی مقدار عضلات کی کشش کے مطابق ہونی چاہیئے۔ ٹانگ کو کھینچنے کا مقصد یہ ہے کہ ٹوٹے ہوئے ٹکڑے ایک دوسرے کے مقابل آجائیں، جس کا طریقہ یہ ہے کہ رومال یا تولیہ کو لپیٹ کر عجان (سیون) میں گزارا جائے اور اسے پلنگ کے سرے سے باندھ دیا جائے، اس کی غرض محض ضد المد (مدِمقابل) ہے۔ اسکے بعد جراح اپنے ہاتھ سے ٹانگ کو پکڑ کر کھینچے، یہاں تک کہ اسکی درازی دوسری ٹانگ کے برابر آجائے۔ پھر ٹانگ کو اتنا پھیر دیا جائے کہ پلنگ اور قدم کے درمیان زاویہ قائمہ بن جائے، اور اسی تناؤ کی حالت میں عضو کو کسی قدر بعید کیا جائے (حالتِ تبعید میں لایا جائے) پھر جب اثر

[1] انٹراکیپشولر فریکچر۔

تصویر (۱۰۵)

بے کار المشی، اجوڑ ٹانگ کے کسور میں استعمال کیا جاتا ہے۔

دلاز وقات لگا کر اسے قائم کر دیا جائے۔ اس حالت میں مریض کو چھ ہفتہ سے آٹھ ہفتہ تک پڑا رہنا چاہیئے۔

فراش مائی یا ہوائی کا انتظام ہونا چاہیئے۔ بول و براز پلنگ پر مبالہ اور مبرزہ نامی آلات میں کرائے جائیں۔ غذائیں مقوی و مغذی کھلائی جائیں۔ چھ ہفتہ کے بعد ٹانگ کو نرمی سے قریب لائیں، گھٹنے کے لئے کوئی مخصوص جبیرہ (مثلاً جبیرۂ رکبیہ للطامس) استعمال کریں، اور مالش اور حرکت قسریہ شروع کر دیں۔ مریض کو چلنے پھرنے کی جلدی اجازت نہ دیں۔ مریض کو چاہیئے کہ وہ چار یا پانچ ماہ تک بر کا سر المشی استعمال کرے۔

اگر مریض بڈھا اور کمزور ہے، اور وہ مزمن التہاب شعبی میں مبتلا ہونے کے لئے مستعد ہے، تو اُسے زیادہ عرصہ تک بستر پر پڑا رکھنا اگر مہلک نہیں تو خطرناک ضرور ہے۔ ایسی صورت میں عضو کو چند روز تک ریت کی بوریوں کے درمیان آرام و سکون سے رکھا جائے۔ اور غسولات مبردہ و مسکنہ استعمال کئے جائیں۔ جبیرۂ طامس تمدید خفیف کے ساتھ لگایا جائے، اور مریض کو بیٹھنے کی اجازت دی جائے، یا الصقہ باریہ بشکل عصابۂ سنبلیہ ٹانگ کو پھیلا کر جلد سے جلد لگایا جائے، اور کوشش کی جائے کہ مریض عکاکیز (بیساکھیوں) کی مدد سے کھڑا ہوا کرے۔

اگر یہ کسر ادغامی صورت کا ہو، تو اسے غیر مدغم نہ کیا جائے،

۵۱ پورے نل	۵۴ تھامس اسپلنٹ
۵۲ بڈپین	۵۵ پلاسٹر آف پیرس
۵۳ واکنگ کیلی پر	۵۶ اسپائیکا

بلکہ اسی حالت میں چھوڑ دیا جائے، اور ایک لمبا جبیرہ لگا کر مریض کو بستر پر لٹایا جائے، تاکہ عظمی التحام کی صورت پیدا ہو جائے۔

التحام کے بعد چونکہ ٹانگ عموماً چھوٹی رہجاتی ہے، اس لئے مناسب ہے کہ اس پاؤں کے جوتے کی ایڑی اور تلے کو دبیز کر دیا جائے، تاکہ اس سے نقصان طول کی تلافی ہو جائے۔

علاج کسر خارج الکیس (یعنی طروخانطیر کے نزدیک عنق الفخذ کا ٹوٹ جانا):- اسکا اصول علاج تقریباً وہی ہے جو کسر داخل الکیس کے لئے بیان کیا گیا ہے۔

اگر غیر مدغم صورت ہو تو تبعید کے ساتھ تمدید کی کوشش کیجائے قدم کو پھیر دیا جائے۔ تبعید کی مقدار یہ ہے کہ ٹانگ کو خط وسطانی سے چالیس درجہ کے زاویہ پر قائم کیا جائے۔ اس وضع میں قائم کر کے عضو پر لصقہ باریس یا لازوقہ لگا دیا جائے۔ چھ سے آٹھ ہفتہ کے بعد تبعید کی مقدار کم کی جائے، اور کولہے کے جوڑ میں بتدریج تحریکات قسریہ شروع کی جائیں، چند ماہ تک بر کار المشی[۱] یا سنبلہ[۲] لصقیہ اور عکاکیز (بیساکھیوں) کا استعمال کیا جائے۔

اگر کسر مدغم (مغروز) ہو تو عموماً اسے غیر مدغم نہیں کیا جاتا ہے، علی الخصوص نوجوانوں اور تندرستوں میں۔ عمر رسیدہ مریضوں میں ٹانگ کو چھ سے آٹھ ہفتہ تک جبیرۂ طویلہ میں تمدید کے بغیر بے حرکت رکھا جاتا ہے۔

اس کسر کا انجبار ہڈی سے ہو جاتا ہے، لیکن اکثر اوقات ہڈی

---

[۱] واکنگ کیلی پر۔ [۲] پلاسٹر اسپائیکا۔

کی ہڑ ھوتری سے کافی بدوضعی اور اختلال عمل کی صورت پیدا ہو جاتی ہے، اور گاہے ٹانگ چھوٹی ہو جاتی ہے +

جسم الفخذ کے کسور کا علاج

بالائی ثلث کے کسر میں، جو طرو خانطیر کے قریب وقوع پذیر ہوتا ہے، بالائی ٹکڑا بعید ہو جاتا، اور سامنے آجاتا (منقبض ہو جاتا) ہے چونکہ بالائی ٹکڑا چھوٹا ہوتا ہے، اس لئے کسی جبیرے سے اس کا سنبھالنا دشوار ہوتا ہے. علی ہذا جب نچلے ٹکڑے کو بالائی کے محور پر لاکر صحیح استقامت قائم کی جاتی ہے، تو لازمی طور پر بدوضعی پیدا ہو جاتی ہے. بہرحال اسکے علاج میں تمدید کے لئے جبیرہ طامس استعمال کیا جائے، ران کو اچھی طرح موڑ دیا جائے، اور تقریباً ۵۰ درجہ بعید کیا جائے. یہاں جبیرۂ ہاجن بھی استعمال کیا جا سکتا ہے.

اگر جبیرۂ طامس لگایا جائے، تو اسے گھٹنے کے برابر موڑ کر ۱۵ درجہ کا زاویہ بنا دیا جائے. تعلیق کا مناسب انتظام کیا جائے. ضد المد (ردّ مقابل) کے لئے پلنگ کی پائنتی کو ۱۰-۱۲ قیراط بلند کیا جائے. اگر ٹکڑوں کو روکنے کے لئے جبائر صغیرہ کی ضرورت ہو، تو انہیں تعصیب (بندش) میں استعمال کیا جائے. کھینچنے کے لئے سنکلیئر کا جز رقدمی بھی ایک مناسب آلہ ہے. تمدید کی غرض سے یہاں لازوقہ[1] کی پٹیاں لگائی جا سکتی ہیں، اسی طرح غرا التمدید[2] (غرا الجراحت) بھی استعمال کیا جا سکتا ہے +

---

[1] پلاسٹر + [2] سرجیکل گلیو +

بلکہ اسی حالت میں چھوڑ دیا جائے، اور ایک لمبا جبیرہ لگا کر مریض کو بستر پر لٹایا جائے، تاکہ عظمی التحام کی صورت پیدا ہو جائے۔

التحام کے بعد چونکہ ٹانگ عموماً چھوٹی رہجاتی ہے، اس لئے مناسب ہے کہ اس پاؤں کے جوتے کی ایڑی اور تلے کو دبیز کردیا جائے، تاکہ اس سے نقصان طول کی تلافی ہوجائے۔

علاج کسر خارج الکیس (یعنی طروخانطیر کے نزدیک عنق الفخذ کا ٹوٹ جانا):- اسکا اصول علاج تقریباً وہی ہے جو کسر داخل الکیس کے لئے بیان کیا گیا ہے +

اگر غیر مدغم صورت ہو تو تبعید کے ساتھ تمدید کی کوشش کیجائے قدم کو پھیر دیا جائے۔ تبعید کی مقدار یہ ہے کہ ٹانگ کو خط وسطانی سے چالیس درجہ کے زاویہ پر قائم کیا جائے۔ اس وضع میں قائم کرکے عضویہ لصقہ بارس یالازوقہ لگا دیا جائے۔ چھ سے آٹھ ہفتہ کے بعد تبعید کی مقدار کم کی جائے، اور کولہے کے جوڑ میں بتدریج تحریکات قسریہ شروع کی جائیں۔ چند ماہ تک برکار مشی[۱] یا سنبلہ[۲] صفیقیہ اور عکاکیز (بیساکھیوں) کا استعمال کیا جائے +

اگر کسر مدغم (مغروز) ہو تو عموماً اسے غیر مدغم نہیں کیا جاتا ہے، علی الخصوص نوجوانوں اور تندرستوں میں۔ عمر رسیدہ مریضوں میں ٹانگ کو چھ سے آٹھ ہفتہ تک جبیرہ طویلہ میں تمدید کے بغیر بے حرکت رکھا جاتا ہے +

اس کسر کا انجبار ہڈی سے ہوجاتا ہے، لیکن اکثر اوقات ہڈی

---

[۱] واکنگ کیلی پر + [۲] پلاسٹر اسپائیکا +

کی بڑھوتری سے کافی بدوضعی اور اختلال عمل کی صورت پیدا ہو جاتی ہے، اور گاہے ٹانگ چھوٹی ہو جاتی ہے +

جسم الفخذ کے کسور کا علاج

بالائی ثلث کے کسر میں، جو طرو خانطیر کے قریب وقوع پذیر ہوتا ہے، بالائی ٹکڑا بعید ہو جاتا، اور سامنے آ جاتا (منقبض ہو جاتا) ہے چونکہ بالائی ٹکڑا چھوٹا ہوتا ہے، اس لئے کسی جبیرے سے اس کا سنبھالنا دشوار ہوتا ہے. علی ہذا جب نچلے ٹکڑے کو بالائی کے محور پر لا کر صحیح استقامت قائم کی جاتی ہے، تو لازمی طور پر بدوضعی پیدا ہو جاتی ہے. بہرحال اسکے علاج میں تمدید کے لئے جبیرہ طامس استعمال کیا جائے، ران کو اچھی طرح موڑ دیا جائے، اور تقریباً ۵۰ درجہ بعید کیا جائے. یہاں جبیرۂ ہاجن بھی استعمال کیا جا سکتا ہے.

اگر جبیرۂ طامس لگایا جائے، تو اسے گھٹنے کے برابر موڑ کر ۱۵۰ درجہ کا زاویہ بنا دیا جائے. تعلیق کا مناسب انتظام کیا جائے. ضد المد (مدّ مقابل) کے لئے پلنگ کی پائنتی کو ۱۰-۱۲ قیراط بلند کیا جائے۔ اگر ٹکڑوں کو روکنے کے لئے جبائر صغیرہ کی ضرورت ہو، تو انہیں تعصیب (بندش) میں استعمال کیا جائے. کھینچنے کے لئے سنکلیر کا جز رقدمی بھی ایک مناسب آلہ ہے. تمدید کی غرض سے یہاں لازوقہ[1] کی پٹیاں لگائی جا سکتی ہیں، اسی طرح غراء التمدید[2] (غراء الجراحت) بھی استعمال کیا جا سکتا ہے +

---

[1] پلاسٹر +　　[2] سرجیکل گلیو +

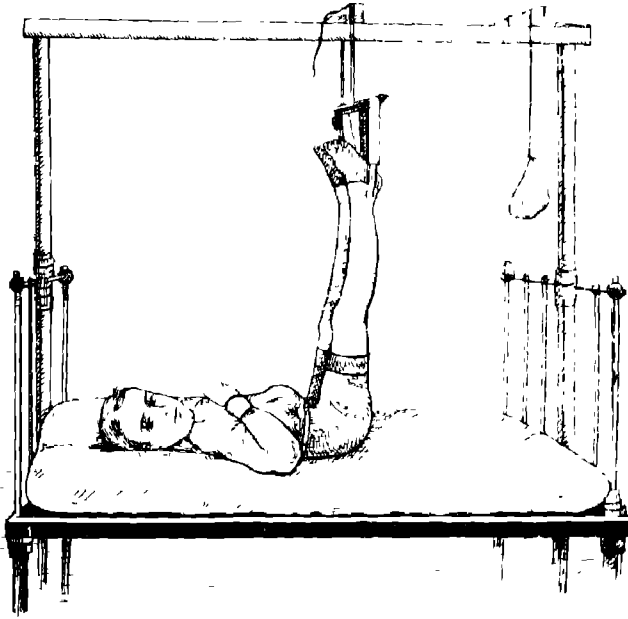
اگر مناسب تدابیر کے بعد بھی بالائی ٹکڑا باہر کیطرف ابھر آئے تو اسے گدیوں سے دبایا جائے +

اس کسر کا انجبار عموماً خراب ہوتا ہے، یا ہوتا ہی نہیں؛ اسلئے تندرست جوانوں میں بہترین تدبیر عملیت جراحیہ ہے +

وسطی ثلث کے کسر میں جبیرۂ ھیگرود یا جبیرۂ طامس یا جبیرۂ ہاجن استعمال کیا جائے۔ جبیرۂ ہیگرود میں مزید فائدہ یہ ہے کہ ٹانگ اس جبیرہ میں کولہے اور گھٹنے کے مقام سے مڑی ہوئی رہتی ہے، جس سے عضلات ڈھیلے رہتے ہیں۔ تعلیق کے لئے مناسب انتظام کیا جائے۔ چونکہ عظم الفخذ کا جسم سامنے کی طرف کسی قدر خمیدہ ہوتا ہے، اس لئے اسکو برقرار رکھنے کی کوشش کی جائے۔ مناسب معالیق کا سامان کیا جائے، یا فخذ کے پیچھے کی طرف مناسب چھوٹے چھوٹے جبائر اضافیہ لگادئے جائیں +

کسر مستعرض میں ٹکڑوں کے ہٹ جانیکا اندیشہ بہت کم ہوتا ہے؛ برعکس اسکے کسر مُورّب اور حلزونی میں سروں کے ہٹ جانے اور ایک دوسرے پر چڑھ جانے (یا عضلات میں گھس جانے) کا خطرہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اگر مؤثر تمدید کافی ثابت نہ ہو، تو کھلی عملیت کی جائے +

کسر مرکب کی صورت میں تمدید کے لئے قصبۂ کبریٰ کے سر یا فخذ کے زیرین سرے پر تنفیذ کلی کی عملیت کی جائے، یا نوکدار

۵۱ سلنگ (معلاق) +	۵۳ کمپلیٹ ٹرانس فکشن +
۵۲ اکسے سوری اسپلنٹ +	

تصویر (۱۰۶)

تمدید کا یہ طریقہ چھوٹے بچوں میں استعمال کیا جاتا ہے (طریقہ علاج بریانٹ)

دایاں فخذ ٹوٹا ہوا ہے، اور اسی کے ساتھ وزن لگایا گیا ہے، اور بائیں ٹانگ کو اوٹھا کر سادہ طور پہ باندھ دیا گیا ہے، تاکہ اسکی وجہ سے دوسری ٹانگ عمودی وضع میں قائم رہے۔

چٹا دبر کار التمدید) استعمال کیا جائے، حوض رمانہ) کے گھوم جانے کا خطرہ ہو تو صحیح جانب عجانی بند (رباط عجانی) لگایا جائے +

زیرین ثلث کے کسر میں (اگر قطعۂ زیرین پیچھے کیطرف ٹل گیا ہو) ٹانگ کو گھٹنے کے مقام سے موڑ کر رکھنا چاہئے، اس مقصد کے لئے جبیرۂ ہاجس اور جبیرۂ ہیگروڈز یادہ مناسب ہیں، یا جبیرۂ طامس استعمال کیا جائے، جو گھٹنے کے مقام سے مڑا ہوا ہو، اور اس کے ساتھ لازوتہ تمدیدیہ دو طرف لگے ہوئے ہوں۔ ایک سامنے کی طرف، گھٹنے کے اوپر فخذ کے محور پر، اور دوسرا پیچھے کیطرف گھٹنے کے نیچے، تاکہ عضو جبیرہ کے ساتھ قائم و ثابت ہو جائے۔ اگر یہ عمل زیرین قطعہ کو سامنے کی طرف لانے کے لئے کافی ثابت نہ ہو، تو بر کار تمدید استعمال کیا جائے، لیکن جب دونوں ٹکڑے اپنی جگہ آجائیں، تو وزن کو کم کر دیا جائے +

اس مقام کے کسر مؤرب کو درست کرنا عموماً دشوار ہوتا ہے کیونکہ بالائی قطعہ کا زیرین سرا عضلۂ رباعیۃ الرؤس کو چھید کر اس کے لحم میں گھس جاتا ہے، چند روز تک موثر تمدید کے ذرائع استعمال کئے جائیں، اگر یہ ناکام ثابت ہوں، تو کھلی عملیت کی جائے +

بچوں میں (دس بارہ سال تک کے بچوں میں) بریانٹ[۳] کا طریقۂ علاج استعمال کیا جائے، جوان کے لئے بہت بہتر ہے، جس میں بچہ کی ٹانگ کو زاویہ قائمہ پر ایک لکڑی کے ساتھ لٹکایا جاتا ہے جو پلنگ کے اوپر طول میں رکھی جاتی ہے، اور بچہ کے جسم کے بوجھ کو بطور

---

۱ ٹرکیشن کیلی پر +	۳ بریانٹ سے تعلق +
۲ پرسے نیل بینڈ +	

قوت ممدودہ کے استعمال کیا جاتا ہے۔ لازوقہ دونوں ٹانگوں (مریض اور صحیح) پر لگایا جاتا ہے، تندرست ٹانگ کو اوپر کیطرف دور باندھا جاتا ہے، مریض ٹانگ کو گا ہے لکڑی کے ساتھ (بلا وزن کے) باندھ دیا جاتا ہے، اور گا ہے وزن لٹکا یا جاتا، اور گھرنی لگائی جاتی ہے۔ مگر بہر حال بچے کے عانہ (حوض) کو گدے سے بلند رکھنا چاہیئے، تاکہ اس کے جسم کا وزن اچھی طرح کام کر سکے، سرین کے نیچے تکیہ کا رکھ دینا اس مقصد کو کھو دیتا ہے۔ اگر تبعید کی بھی ضرورت ہو تو بالائی لکڑی کو فراش مریض کے آڑے پن میں قائم کیا جائے، اور مذکورہ بالا طریقے پر تثبیت[1] (قائم کرنا) کی جائے۔ یہ وضع چار پانچ ہفتہ تک قائم رہنی چاہیئے، اسکے بعد عضو کو کھول دیا جائے، مالش اور حرکت کی اجازت دی جائے، مگر چلنے کی اجازت اُس وقت تک نہ دی جائے، جب تک کہ برکار المثنی نہ لگا لیا جائے۔

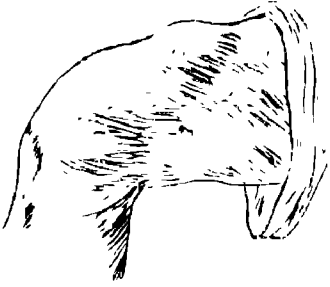
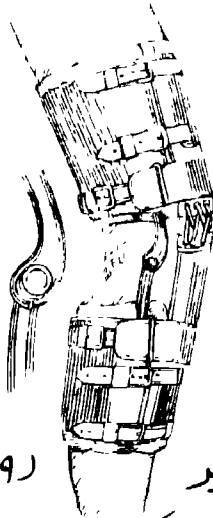
ولادی (خلقی) کسر میں، جو ننھے بچہ کو پیدائش کے وقت لاحق ہو، بہترین علاج یہ ہے کہ ایک چھوٹا جبیرۂ رُکبہ (طامس کا) لگایا جائے اور تمدید کا سامان کیا جائے۔ اس جبیرہ کا وہ حلقہ جو کنج ران کے پاس ہوتا ہے، اسے اچھی طرح نرم اور گدی دار بنا لیا جائے، اور تمدید کی نگہداشت کی جائے۔

رضفہ کے کسور

گھٹنے کی ہڈی (رضفہ) علی العموم عضلی تشنج (عضلی انقباض) سے

[1] فکسےشن۔

متعلق صفحہ ۴۷۵

تصویر (۱۰۷)
رضفہ ٹوٹ گیا ہے، اور اسکے دونوں ٹکڑے ایک دوسرے سے جدا ہو گئے ہیں۔

تصویر (۱۰۸)
رضفہ کے ٹوٹ جانے کے بعد گھٹنے کا کیا منظر ہوتا ہے

تصویر (۱۰۹)

رضفۂ مکسورہ کیلئے ایک مخصوص جبیرہ

لوہے کے متحرک جوڑ جو دونوں پہلو پہ لگائے جاتے ہیں، وہ ایک خاص حد تک حرکت کر سکتے ہیں، تاکہ جڑی ہوئی ہڈی پھر نہ ٹوٹ جائے۔

ٹوٹا کرتی ہے، اور گاہے ضرب واصل (صدمہ واصلہ) سے ۔

جب یہ کسر **ضرب واصل** سے حاصل ہوتا ہے، تو اکثر اوقات ہڈی کے متعدد ٹکڑے ہوجاتے ہیں (کسر مفتت) اور عموماً اسکی شکل ستارہ نما (نجمی الشکل) ہوتی ہے ۔ اور چونکہ عضلۂ رباعیۃ الرؤس کا وتر نہیں ٹوٹتا ہے، اسلئے ہڈی کے ٹکڑے ایک دوسرے سے دور نہیں ہوجاتے ۔ مقامی ضرب کی علامتیں، درد، اور ورم (کھل جانا) ظاہر ہوتے ہیں ۔ ٹٹولنے سے گاہے قطعات کے بیچ میں دراز معلوم ہوتی ہے، اور شاذونادر خشخشہ کا بھی پتہ چلتا ہے ۔

علاج :- ٹانگ کو بے حرکت کرنے (بحالت سکون رکھنے) کے لئے ایک جبیرۂ موخرہ لگایا جائے ۔ گھٹنے پر برف کی تھیلی رکھی جائے مالش اور تحریکات قسریہ کی جلد ہی اجازت دی جائے، خاصکر جبکہ جوڑ میں نزلیف واقع ہو ۔ چلنے پھرنے کے لئے برکار المشی[1] استعمال کرایا جائے ۔ اس کسر میں عملیت جراحیہ کی ضرورت کمتر ہی پیش آیا کرتی ہے ۔

جب یہ کسر **عضلی تشنج** سے واقع ہوتا ہے (جو زیادہ عام ہے)، تو یہ ہمیشہ مستعرض ہوتا ہے، اور عموماً کامل ۔ عضلہ رباعیہ کا وتر اور رضفہ کے دونوں جانب کے رباط کیسی[2] ٹوٹ جاتے ہیں، اور ہڈی کے دونوں ٹکڑے ایک دوسرے سے جدا ہوجاتے ہیں ۔

جب گھٹنہ قدرے مڑا ہوا ہو (نیم انقباضی حالت میں ہو) اور رضفہ مخذ کے لقمتین کی اگلی سطح پر (اسکی مفصلی سطح کے وسط میں) قائم ہو

---

[1] پیٹشول ۔

(اس حالت میں رباط رضفی رضفہ کو سختی کے ساتھ اپنی جگہ پر قائم رکھتا ہے)، اس وقت اگر عضلۂ رباعیہ میں فوری اور شدید انقباض پیدا ہو جائے، جیسا کہ گرتے ہوئے سنبھلنے کی کوشش کے وقت ہوتا ہے تو رضفہ ٹوٹ جاتا ہے۔ یہ صورت اُن لوگوں میں زیادہ ممکن الوقوع ہے جن میں پہلے سے استعداد (ضعف) موجود ہو۔ دونوں ٹکڑے گاہے تقریباً برابر ہوتے ہیں، لیکن زیرین قطعہ اکثر اوقات چھوٹا ہوتا ہے؛ پھر یہ بھی ممکن ہے کہ ان دونوں قطعات میں سے کوئی ایک بعض اوقات طولاً دو حصوں میں منقسم ہو، یا چند ٹکڑوں میں ٹوٹا ہوا ہو۔

علامات:۔ گھٹنے کو پھیلانے (لبسط) کی قابلیت جاتی رہتی ہے، دونوں قطعات ایک دوسرے سے دور ہو جاتے ہیں، جس کا احساس چھونے سے، اور بعض اوقات آنکھوں سے ہوتا ہے، درد ہوتا ہے، انصباب خون کے باعث جوڑ خون سے بھر جاتا ہے، غشاء زلالی ملتہب ہو جاتی ہے (التہاب زلالی)۔ رضفہ کے خط کسر سے الگ دوسرے مقام پر وتر ٹوٹتا ہے، اسلئے اس وتر کے ریشے دونوں ٹکڑوں کے بیچ میں جھالر کی طرح لٹکتے رہتے ہیں (جو التحام وانجبار میں خلل انداز ہوتے ہیں) زیرین قطعہ سامنے کی جانب جھک جاتا ہے۔

علاج:۔ اس کسر کا بہترین طریقۂ علاج کھلی عملیت ہے؛ واقعہ سے چار پانچ دن بعد ہڈی کو تاروں کے ذریعہ سے باندھ دیا جائے؛ یہی ایک ذریعہ ہے جس سے عظمی التحام حاصل کیا

ل سائینو وائی ٹس

جا سکتا ہے۔ عملیت کے بغیر عظمی التحام نہ ہونے کے وجوہ حسب ذیل ہیں :

(۱) زیرین ٹکڑا سامنے کی طرف جھک جاتا ہے، جس کو کسی دوسری تدبیر سے روکا نہیں جا سکتا؛ (۲) وتر کے ریشے دونوں ٹکڑوں کے بیچ میں حائل ہو جاتے ہیں، جنکو ہٹایا نہیں جا سکتا؛ (۳) خون کے لوتھڑے جو جوڑ کے اندر اکٹھے ہو جاتے ہیں، انہیں خارج نہیں کیا جا سکتا، سوائے اس کے کہ یہ خود بتدریج منجذب ہو جائیں۔ اگر عملیت جراحیہ نہ کی گئی، تو التحام لیفی ہوگا، اور یہ لیفی بند بھی پھیل جائیگا، دونوں ٹکڑے پھر ایک دوسرے سے الگ ہو جائیں گے، تاوقتیکہ وہ گھٹنے کو چھ سے بارہ ماہ تک بے حرکت نہ رکھے +

عملیت کا طریقہ :- یہ عملیت پورے طور پر غیر ملوث یا غیر عفونی طور پر (جراثیم سے پاک) ہونی چاہیئے۔ گھٹنے کو جراثیم سے پاک کرنے کے لئے غسول قطرانی (کاربولک لوشن $\frac{1}{20}$ قوت والے) سے یا غسول سیمابی (مرکری لوشن $\frac{1}{2000}$) سے دھویا جائے، یا ان کی بجائے محلول نمک مطہر استعمال کیا جائے۔ پھر جوڑ کو کھولنے کے لئے گھوڑے کی نعل کی شکل کا شگاف لگایا جائے (نعل کا مقعر حصہ اوپر یا نیچے کی طرف ہو)، خون کے جمے ہوئے لوتھڑے خارج کر دیے جائیں، وتر و لفائف کے ریشے (جو دونوں ٹکڑوں کے بیچ میں ہوتے ہیں) قینچی سے تراش دیے جائیں، ہڈی کے دونوں ٹکڑوں میں مِثقب (برمہ) سے آڑے طور پر چھید کیا جائے، اور سوراخوں میں چاندی کا

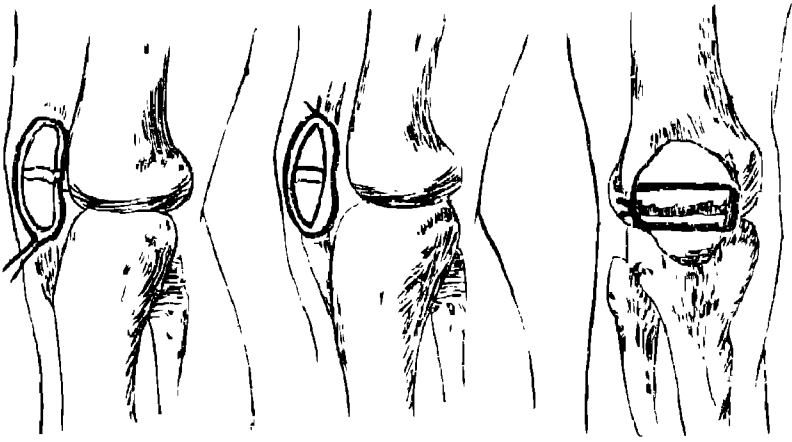
پاک صاف تار ڈالکر اور دونوں ٹکڑوں کو اچھی طرح ملاکر کس دیا جائے تار کے سرے کو گرہ دیکر باندھ دیا جائے، اور ان کو دبا دیا جائے، تاکہ جلد میں اُبھر نہ آئیں، اور خراش کے باعث نہ بنیں۔ اس کے بعد زخم کو سی کر بند کر دیا جائے، مواد کے بہاؤ کے لئے کوئی انتظام رکھنا ضروری نہیں ہے۔ ٹانگ کو جبیرۂ موخرہ لگا کر بے حرکت رکھا جائے۔

چونکہ ران کا عضلہ رباعیۃ الرؤس جلد ہی لاغر ہونا ضرور شروع ہوجاتا ہے، اس لئے بہتر ہے کہ تندرست جوانوں میں دس روز کے بعد احتیاط کے ساتھ حرکات قسریہ اور مالش شروع کر دی جائے، لیکن کسور مضاعفہ میں اور معمر مریضوں میں عضو کو ذرا زیادہ عرصہ تک سکون میں رکھا جائے۔ تین ہفتہ کے بعد بیساکھیاں (عکاکیز) لگاکر چلنے پھرنے کی اجازت دی جائے۔ چھ ہفتہ میں عظمی التحام مستحکم ہوجاتا ہے۔

بعض اوقات چاندی کا تار آڑے طور پر باندھنے کی بجائے طولاً باندھا جاتا ہے، اور دونوں ٹکڑوں کے وسط میں اوپر سے نیچے تک چھید کیا جاتا ہے۔

آلہ ضابطہ [1]:- اگر کسی وجہ سے عملیت نامناسب یا ناممکن ہوتی ہے، تو آلہ ضابطہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ گاہے لصقہ بارلیس کا ہوتا ہے، لیکن اس میں دشواری یہ ہے کہ اس کے ہوتے ہوئے مالش غیر ممکن ہے۔ دوسری صورت یہ ہے کہ لاذوقہ جلدیہ [2] (چمڑے کا) استعمال کیا جائے، جو ران کو پوشیدہ کرلے، اور جبیرۂ

---

[1] ری ٹن ٹو اپریٹس (قائم رکھنے والا آلہ) [2] اسکن پلاسٹر۔

تصویر (۱۱۰) تصویر (۱۱۱) تصویر (۱۱۲)

ٹوٹے ہوئے رضفہ کو تاروں سے کسنے کے مختلف طریقے

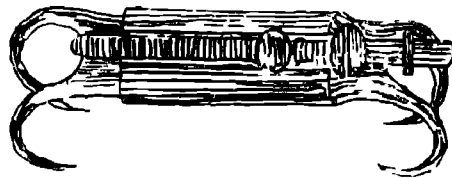
(۱۱۰) طریقہ ہے ملٹن

(۱۱۱) طریقہ لسٹر

(۱۱۲) طریقہ بارکر

مؤخرہ کے زیرین حصہ کے ساتھ بذریعہ ایک لچکدار ڈوری کے بندھا ہوا رکھا جائے۔ یا لازوِ ؔ قہ لدنہ مسامیہ (لچکدار چھدا ہوا) استعمال کیا جائے، جسکے دو حصے ہوں، ایک حصہ ران پر اور دوسرا حصہ پنڈلی پر۔ بالائی حصہ اس طرح لگایا جائے کہ رضفہ کے بالائی ٹکڑے کے گرد چپک جائے، اور زیرین حصہ زیرین ٹکڑے کے گرد۔ یہ دونوں حصے مضبوطی سے عضو کے ساتھ پٹی سے کس دئے جائیں، پھر ان دونوں کو باہم رضفہ کے دونوں پہلو پر مخصوص ملجین کے ذریعہ باندھ دیا جائے، اور روزانہ تھوڑا تھوڑا ان کے برغی (چوڑیوں) کو کھینچا جائے تاکہ دونوں ٹکڑے تدریجًا قریب تر ہوتے چلے جائیں۔ چھ ہفتہ کے بعد مریض کو اٹھنے کی اجازت دی جائے، لیکن چھ ماہ سے ایک سال تک جبیرہ مرکبہ کے پہننے کی ضرورت ہے، تاکہ یہ مفصل ثابت و قائم رہے، اور رضفہ کے دونوں ٹکڑے ایک دوسرے سے جدا نہ ہو جائیں +

آلہ ملجین

سلہ پورو پلاسٹک پلاسٹر +	سٰہ برغی۔ اسکریو +
سٰہ ملگینز ہکس +	سٰہ نی اسپلنٹ +

کسور ساق (پنڈلی کی کسور)

قصبۂ کبریٰ (قصبہ) کے کسور اسکا بالائی سر ضرب واصل سے آڑے طور پر (عرضاً) ٹوٹ جایا کرتا ہے، اور ایڑی کے بل گرنے سے گاہے قصبۂ کبریٰ کے بالائی سرے پر کسر مستعرض عمودی (ط[1]) پیدا ہوجاتا ہے، اور اس کے دونوں ٹکڑے جُدا ہوجاتے ہیں۔

علاج:- بدوضعی کو دور کرکے جبیرۂ مؤخرہ لگا دیا جائے؛ ٹانگ کو قدرے مڑا ہوا رکھا جائے، اور تمدید کے لئے وزن لٹکا دیا جائے +

قصبۂ کبریٰ کے جسم کا کسر، جبکہ اس کے ساتھ قصبۂ صُغریٰ (رشظیہ) نہ ٹوٹی ہو، عموماً ضرب واصل کا نتیجہ ہوا کرتا ہے۔ قصبۂ صُغریٰ چونکہ جبیرہ کا کام کرتا ہے، اس لئے اس کسر میں بدوضعی (زیغان) زیادہ پیدا نہیں ہوتی، لیکن کسر کے مقام پر گاہے جلد ناہموار ہوجاتی ہے، خشخشہ (صریر) سُنائی دیتا ہے، اور غیر معمولی حرکت ہوسکتی ہے۔ قصبۂ کبریٰ کے جسم کے کسر کی تشخیص اس طرح ہوسکتی ہے کہ جلد پر انگلی پھرائی جائے، مقام کسر پر ناہمواری محسوس ہوگی +

علاج:- چند روز تک جبیرہ مؤخرہ یا جانبیہ استعمال کیا جائے، یہاں تک کہ ورم دور ہوجائے، اسکے بعد عضو پر لازوقہ لگایا جائے۔ اگر یہ کسر منفتت ہوگا، تو یقیناً علاج زیادہ طولانی ہوجائیگا۔

[1] ٹی شیپڈ فریکچر (کسر تائی) +

جن صورتوں میں ہڈی کو اپنی جگہ بٹھانا دشوار ہوتا ہے، وہاں مناسب یہ ہے کہ قدم کے مقام سے تمدید مدید کا انتظام کیا جائے، درانحالیکہ خیسو جبیرہ طامس میں گھٹنے کو موڑ کر رکھا جائے. اگر اس سے بھی کامیابی نہ ہو تو جراحی عمل کیا جائے +

کعبِ انسی کا کسر[1] بغیر اسکے کہ کسی دوسری ہڈی میں آفت آئے، قلیل الوقوع ہے. اسکا علاج یہ ہے کہ جبیرۂ لازوقیہ لگایا جائے یا تاروں سے سی دیا جائے، یا کیلو (اوتاد) سے جوڑ دیا جائے +

تنہا قصبۂ صغریٰ (رشظیہ) کے کسور یہ کسور کم وقوع پذیر ہوتے ہیں، اور صدمۂ واصلہ کے نتیجے ہوتے ہیں. کسر کے مقام پر درد ہوتا ہے، جو براہ راست مقام کسر دبانے سے بھی محسوس ہوتا ہے، اور اگر قصبۂ صغریٰ کو فاصلہ پر دبایا جائے، تو بھی محسوس ہوتا ہے۔

علاج:۔ عضو کو چند روز تک بے حرکت رکھنے کے بعد جبیرۂ لازوقیہ استعمال کیا جائے.

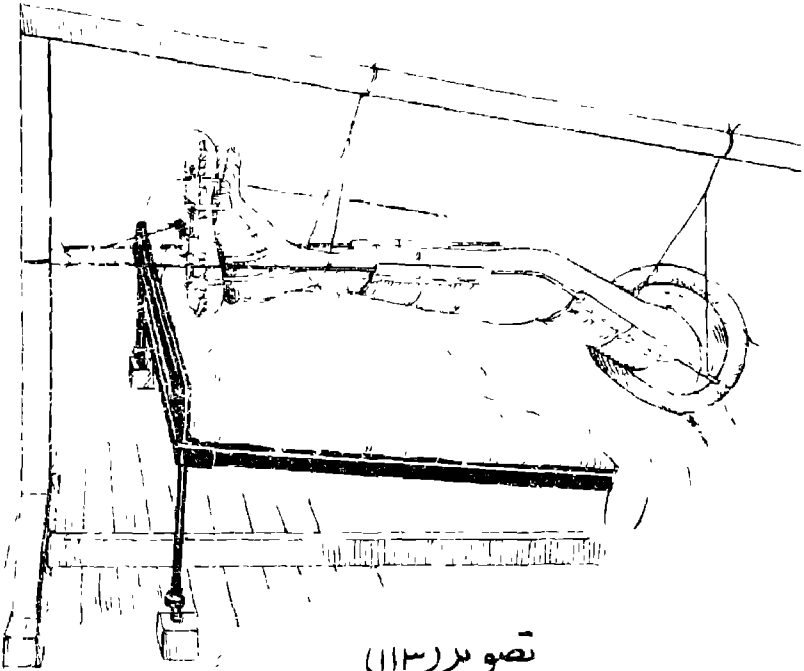
قصبتین کے کسور (پنڈلی کی دونوں ہڈیوں کے کسور) پنڈلی کی دونوں ہڈیاں جس طرح صدمات واصلہ سے ٹوٹتی ہیں، اسی طرح لگا ہے صدمات غیر واصلہ سے بھی. صدمات واصلہ سے بلا تخصیص یہ ہڈیاں ہر جگہ ٹوٹ سکتی ہیں، اور صدمات غیر واصلہ کی صورت میں یہ ہڈیاں اپنے کمزور تر مقامات سے ٹوٹتی ہیں؛ چنانچہ ایسی صورت میں قصبۂ کبریٰ درمیانی اور زیرین ثلث کے مقام اتصال پر، اور قصبۂ صغریٰ اس سے تدرے بلند مقام پر ٹوٹا کرتا ہے.

---

[1] انٹرنل میلی اولس +

صدبات غیرہ واصلہ کے کسور ہمیشہ مُورب (ورابی۔ ترچھے) یا حلزونی (لولبی) ہوا کرتے ہیں، زیریں ٹکڑا بالائی ٹکڑے کے پیچھے کھنچ جاتا اور باہر کیطرف گھوم جاتا ہے۔ قصبہ کبریٰ کے بالائی ٹکڑے کا تیز اور نوکیلا کنارا عموماً جلد کو چھید کر اس کسر کو "مرکب" بنا دیتا ہے۔

علاج:۔ معمولی اور **سادہ** کسور میں (جبکہ یہ مرکب نہ ہوں) مریض کو بیہوش کرکے بہ وضعی (زیغان) دور کی جائے۔ گھٹنے اور کولہے کے جوڑ کو قدرے موڑنے (منقبض کرنے) سے چونکہ پنڈلی کے عضلات ڈھیلے پڑجاتے ہیں، اسلئے ہڈی کو کھینچکر اپنی جگہ بٹھانے میں آسانی ہوتی ہے۔ اگر اسکے بعد بھی ضرورت ہو، تو وتر العقب کو کاٹ دیا جائے اسکے بعد تمدید کا انتظام کیا جائے، لازوقہ یا غراء التمدید لگایا جائے تلوے پر جز، قدمی (سنکلیر کا) استعمال کیا جائے، اور ٹانگ کو خمیدہ جبیرۂ طامس یا جبیرۂ ہیگرو یا صندوق میں رکھا جائے۔ عضو کی لمبائی کا خیال رکھنا ضروریات میں سے ہے، اور یہ بھی دیکھا جائے کہ زیریں ٹکڑا گھوم تو نہیں گیا ہے۔ زیریں قطعہ کے گھوم جانے کی علامت یہ ہے کہ انگوٹھے کی اندرونی سطح، کعب انسی کی زیر جلد سطح اور رضفہ کا اندرونی کنارا مقابل ٹانگ کی طرح ایک خط میں نہیں رہتے ہیں۔ التحام دو تین ہفتہ میں اتنا کافی ہوجاتا ہے کہ اب ایسا لازوقہ لگایا جائے، جسے مالش کے لئے روزانہ اتارا جا سکے، لیکن باوجود ان باتوں کے لنگڑاپن پھر بھی آجاتا ہے۔

دونوں ہڈیوں کے زیادہ پیچیدہ کسور میں، جہاں نقصانِ طول کافی ہو، تمدید مزید استعمال کیا جائے، دراںحالیکہ

تصویر (۱۱۳)

قصبہ صغریٰ وکبریٰ کے کسر مرکب کا علاج بذریعہ جبیرہ طامس،
جسکو معلاق بلقانی میں لٹکا دیا گیا ہے اور کھنچاوٹ کے لئے
جزر قدمی (سنکلیر) استعمال کیا گیا ہے۔

گھٹنہ مڑا ہوا رہے، تاکہ وہ عضلات ڈھیلے پڑجائیں جو وترالعقب میں ختم ہوتے ہیں۔ اسکے لئے خمیدہ جبیرہ طامس بہت بہتر ہے، جسے معلاق بلقانی میں لٹکایا جائے۔ تمدید کے لئے جز رقدمی (سنکلیئر کا) استعمال کیا جائے، اور پلاسٹر پلانگ پر غرار تلوے تک لگایا جائے، یا تمدید کے لئے مخصوص موزہ (جورب متمدید) استعمال کیا جائے۔ دونوں کعبین پر برکار تمدید لگا کر بھی اس مقصد کو حاصل کیا جاسکتا ہے۔ جب ایک مرتبہ کافی طور پر تمدید کا انتظام ہوجاتا ہے، تو دونوں ٹکڑے خود بخود ایک دوسرے کی سیدھ میں آکر بیٹھ جاتے ہیں، یا ٹٹول کر بٹھانا پڑتا ہے جب یہ اپنی جگہ بیٹھ جائیں تو مناسب بندشوں سے باندھکر جبیرہ کی پہلوی چھڑوں سے وابستہ کردیا جائے۔ اس حالت میں جبائر جانبیہ بھی مفید ہوسکتے ہیں +

اس میں شک نہیں کہ ان ذرائع سے ہڈی کو بٹھانا ہمیشہ آسان نہیں، یہی وجہ ہے کہ اکثر اوقات لنگڑاپن اور دزیغان رہ جاتا ہے اسی اندیشہ کی وجہ سے بعض اوقات کھلی عملیت کرکے طبقات فلزیہ (صفائح) جوڑ دیے جاتے ہیں۔ اور گاہے تاروں سے یا ہڈیوں کے پچر (اوتاد عظمیہ) سے ہڈیوں کو جوڑا جاتا ہے +

وہ کسور جو مفصل کعب کے پاس واقع ہوں یہ عموماً صدمات غیر واصلہ سے (پاؤں کے پھسلنے سے) پیدا ہوتے ہیں۔ ابتداءً جوڑ اوکھڑ جاتا ہے، اور اس کے بعد ثانوی طور پر کسر واقع ہوتا ہے اسلئے انکو **خلعات کسریہ**[1] کہنا چاہئے +

[1] فریکچر ڈسلوکیشن +

(ا) گاہے شظیہ (قصبہ صُغریٰ) بیرونی کعب کے سرے سے تقریبًا تین قیراط اوپر ٹوٹ جاتی ہے، اور اسی حالت میں قدم باہر کی طرف یا باہر اور پیچھے کی طرف مُڑ جاتا ہے (کسر لوپٹ[1])۔ یہ کسر کثیر الوقوع ہے، اور صدمہ غیر واصلہ کا نتیجہ ہوتا ہے، مثلاً یہ کہ انسان قدم کے اندرونی حصے پر کھڑا ہو، اور اسکا بیرونی حصہ زمین سے اُٹھا ہوا ہو، ایسی حالت میں اگر وہ دوسرا پاؤں زمین سے اُٹھا کر گھومنا چاہے، تو سارے بدن کا بوجھ کعب انسی اور اس کے رباط (رباط جانبی انسی[2]) پر پڑ جائیگا، اور ان دونوں میں سے کوئی ایک ٹوٹ جائیگا۔ اب یہی مروڑ یا صدمہ عظم الکعب پر پڑیگا، جو کعب وحشی کی اندرونی سطح پر دباؤ ڈالیگا، اور اس کے نتیجہ میں قصبہ صُغریٰ خمیدہ ہو کر مقام مذکور سے ٹوٹ جائیگی، اور گاہے قدم بصورت مذکور مُڑ جاتا ہے۔ گاہے قدم کا یہ موڑ بہت خفیف ہوتا ہے۔

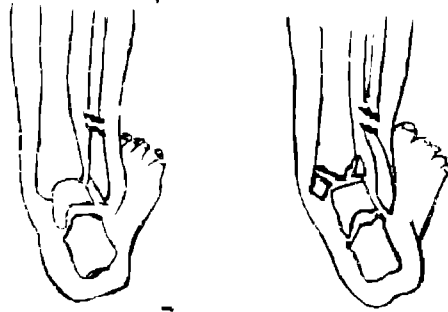
(۲) بعض صورتوں میں قصبہ کبریٰ مفصل کعب کے ٹھیک اوپر آڑے طور پر ٹوٹ جایا کرتا ہے۔

(۳) بعض صورتوں میں رباط بَیْنَ الْقَصَبَتَیْن[3] (رباط قصبی شظوی) ٹوٹ جاتا ہے، اور عظم الکعب قصبہ کبریٰ وصغریٰ کے درمیان اوپر کی طرف ٹل جاتا ہے۔ شاذونادر قدم کی بیرونی جانب زور دیکر گھومنے کی وجہ سے اندر کی طرف مُڑ جاتا ہے، اور اس وقت کسر لوپٹ کی طرح آفات پیدا ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ

---

[1] پوٹس فریکچر +

[2] انٹرا شی اس لگنٹ

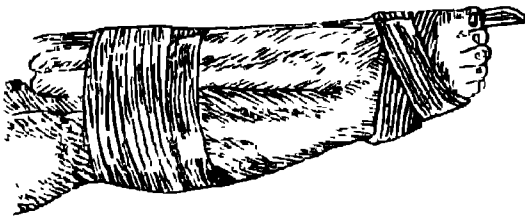
[3] ٹبیو فے بیولر لگنٹ +

تصویر (۱۱۵) و تصویر (۱۱۶)

تصویر (۱۱۵) کسر بوٹ کا خاکہ ہے ، اور (۱۱۶) کسر کی تیسری صورت کا ، جسکو کسر ڈو پاٹرن کہتے ہیں

تصویر (۱۱۷)

اس تصویر میں یہ دکھلایا گیا ہے کہ کسر بوٹ بُرے طور پر جڑ گیا ہے ، جس سے ایک مخصوص بد وضعی پیدا ہو گئی ہے ۔

کسر پوٹ جن مقامات پر ہوتا ہے، انہی مقامات کی ہڈیوں میں کسر واقع ہوتا ہے، اور قدم پیچھے کی طرف ٹل جاتا ہے (باہر یا اندر کی طرف نہیں ٹلتا)۔

علاج:- ان تمام کسور کے علاج میں مخدر عمومی (دارو ی بیہوشی) کا ہمیشہ استعمال کرنا چاہیئے۔ اس میں ایک مزید فائدہ یہ بھی ہے کہ پنڈلی کے عضلات مسترخی ہوجاتے ہیں، اور ہڈیوں کے بٹھانے میں آسانی ہوتی ہے۔ اسکے بعد قدم کو کھینچکر ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کو اپنی وضع پر لانا چاہیئے۔ قدم کو اس طرح رکھا جائے کہ پنڈلی کے مقابلہ میں زاویہ قائمہ بنے۔ ہڈی کی بلندیوں کو ایک سیدھ میں قائم کیا جائے (یعنی انگوٹھے کی اندرونی سطح، اندرونی کعب، اور رضفہ کا اندرونی کنارا ایک سیدھ میں رہیں)، اور زیغان خلفی (پچھلی جانب بدوضعی) ہو تو اسے درست کیا جائے۔ بدوضعی دور کرنے کے بعد فوراً لازوقہ لگا دیا جائے، اور قدم کو اندر کیطرف مڑ کر رکھا جائے۔ اس مقصد کے لئے جبیرۂ ڈیوپوئٹرن بھی کارآمد ہے۔ زیغان خلفی کی اصلاح میں وتر العقب کو کاٹ دینا امداد دیتا ہے۔

دس روز کے بعد لازوقہ اور جبائر دور کر کے مالش اور تحریک قسری شروع کی جائے، مگر اس احتیاط کے ساتھ کہ ایک آدمی پنڈلی اور قدم کو پکڑے رہے، تاکہ ٹوٹے ہوئے ٹکڑے ہل نہ جائیں، اور دوبارہ زیغان پیدا نہ ہو جائے +

عظم العقب کا کسر یہ عموماً صدمہ واصلہ سے، مثلاً ضربہ اور سقطہ سے، واقع ہوتا ہے۔ گاہے عضلی تشنج سے ایڑی کی ہڈی کا وہ حصہ ٹوٹ جاتا ہے جہاں وتر العقب لگا رہتا ہے۔ چنانچہ جو حصہ الگ ہوا ہے، وہ پنڈلی کے عضلات کی کشش سے اوپر کی طرف کھنچ جاتا ہے، اور نمایاں زیغان نمودار ہو جاتا ہے۔ جب خط کسر اس ہڈی کے جسم سے گزرتا ہے، تو بعض اوقات رباطات کی وجہ سے زیغان ظاہر نہیں ہوتا۔ جب یہ کسر بلندی سے گرنے کے باعث لاحق ہوتا ہے تو ہڈی عموماً متعدد ٹکڑوں میں ٹوٹ جاتی ہے (کسر مفتت واقع ہوتا ہے) +

علاج:- لازوقہ لگا کر قدم کو بے حرکت کیا جائے، بشرطیکہ زیغان نہ ہو۔ لیکن اگر ہڈی کا پچھلا حصہ اوپر اُٹھ گیا ہو، تو دونوں ٹکڑوں کو باہم ملانے کی کوشش کی جائے، یعنی پنڈلی کو منقبض رکھا جائے تاکہ بطن ساق کے عضلات ڈھیلے پڑ جائیں۔ گاہے اس ضرورت کے لئے وتر کو کاٹ ڈالنا پڑتا ہے۔ تاروں یا پچروں (اوتاد) کے ذریعہ اگر جوڑ دیا جائے، تو اس سے اچھے نتائج پیدا ہوتے ہیں +

عظم الکعب کا کسر یہ کسر عموماً قدم کے بل بلندی سے گرنے کے باعث لاحق ہوا کرتا ہے، اور بعض اوقات قدم کے صدمات واصلہ سے، مثلاً

کسی وزنی چیز کے اس ہڈی پر گر جانے سے۔ یہ کسر عموماً ایک شدید قسم کا کسر مفتت ہوتا ہے، اور گاہے ہڈی کے بعض اجزا سامنے یا پیچھے کی طرف بڑھکر جلد کے نیچے ابھار پیدا کر دیتے یا جلد کو زخمی کر دیتے ہیں (اور کسر مرکب کی صورت پیدا ہو جاتی ہے)۔ ایسے سانحات میں عموماً قصبۂ کبریٰ و صغریٰ اور بعض وقت عظم الفخذ تک شریک آفت ہوتا ہے مفصل کعب خون سے بھر جاتا ہے۔ اور بعض اوقات صحیح تشخیص دشوار ہو جاتی ہے۔ **علاج**:۔ عضو کو بے حرکت رکھا جائے، مگر ایسا کرنے سے اکثر اوقات مفصل متحجر ہو جاتا ہے۔ بُری صورتوں میں بہترین تدبیر یہ ہے کہ ہڈی کو یا ابھرے ہوئے ٹکڑوں کو عملیت کے ذریعہ نکال دیا جائے۔

بعض اوقات یہ ہڈی پورے طور پر نہیں ٹوٹتی ہے، بلکہ اس میں ایک دراڑسی پڑ جاتی ہے، جو عموماً جسم کے بوجھ پڑنے سے اسکی گردن کے پاس ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں مالش اور تحریک قسری سے علاج کیا جائے۔ جب مریض کھڑا ہونے لگے، تو تلوے میں قوس کو قائم رکھنے کے لئے مناسب گدی استعمال کرے، ورنہ ممکن ہے کہ اُسکا تلوا چپٹا رہ جائے +

عظام مشطیہ کے کسور بہت کثیرالوقوع ہیں، اور عموماً صدمات واصلہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ وضعی (زیغان) عموماً زیادہ نمایاں نہیں ہوتی ہے، تاوقتیکہ ایک سے زیادہ ہڈیاں ماؤف نہ ہوں +

علاج:۔ سکون بخشنا اور مالش ہے۔ جب مریض کو چلنے کی اجازت دی جائے، تلوے کے قوس کی حفاظت کے انتظام کے لئے مناسب گدی لگائی جائے۔ پانچویں مشطی کے سوا باقی

ہڈیوں کے محض سرزمین تک پہونچتے ہیں، اسلئے جب نئے اور کمزور دستشبند پر جسم کا وزن پڑتا ہے تو تلوے کی گہرائی توسی شکل سے بدل کر چپٹی سی ہو جاتی ہے۔ جوتے کی ایڑی اور تلے کے اندرونی حصے کو اگر دبیز کر دیا جائے، تو چونکہ جسم کا وزن بیرونی جانب منتقل ہو جاتا ہے، اس لئے یہ اس مقصد میں کارآمد ثابت ہوتا ہے +

باب سیزدہم

آفاتِ مفاصل۔خلوع

خَلَعْ[1] (خلوع جمع) (جوڑا وکھڑنا) اُس حالت کا نام ہے جس میں ہڈی کا سرا اپنے مفصل سے کُلّی یا جزئی طور پر (پورے یا ادھورے طور پر) خارج ہو جاتا ہے ۔

وَھْن[2] (وَثْی) (موچ) مفصل کی اُس آفت کو کہتے ہیں جس میں کسی صدمہ کی وجہ سے رباطات مفصل اور متصلہ اوتار وغیرہ ٹوٹ جائیں یا کھنچ جائیں ۔

بعض صورتوں میں غشاء زلالی بھی متورم ہو جاتی ہے مفصل کے اندر اور اس کے قرب وجوار میں کا ہے جریان خون ہوتا ہے موچ کی صورت میں شدت کا درد ہوتا ہے ، اور التہاب کی علامتیں نمودار ہو جاتی ہیں ۔

اصطلاحی اختلاف:۔ "ہڈی کا اپنی جگہ اور اپنی طبعی وضع سے پورے طور پر خارج ہو جانے کا نام خلع ہے اور جب ہڈی پورے طور پر خارج نہیں ہوتی ہے تو اسے زوال مفصل (جوڑ کا ٹل جانا) کہتے ہیں ۔ اسی کو ایک

---

[1] ڈسلو کے شن (خلع) ۔

[2] اسپرین (یا) اسٹرین (وَہن ۔ وَثْی) ۔

گردہ وَثیٔ کہتا ہے۔ اور جب کوئی ایسی آفت (اذیت) ہو، جو ہڈی کو (اپنے مفصل سے) نہ ہلائے، لیکن جوڑ کے ارد گرد کے اجسام (رباطات وغیرہ) کھل جائیں، تو اسے وَھن کہتے ہیں، نہ کہ "وثی" (قانون شیخ) +

اس بیان سے ثابت ہوا کہ جسے ہم اُردو میں موچ کہتے ہیں، وہ دراصل "وہن" کا ترجمہ ہے، نہ کہ "وثی" کا +

پھر دوسرے مقام پر شیخ لکھتے ہیں: "بعض لوگ وہن اور وثی کو (یعنی دونوں حالتوں کو، خواہ جوڑ بالکل نہ اُکھڑا ہو، یا نا تمام طور پر اُکھڑا ہو) ایک ہی مشترک نام سے یاد کرتے ہیں" اس سے ظاہر ہوا کہ بعض لوگ وہن کو، جس میں جوڑ قطعاً نہیں اوکھڑتا، وثی کہتے ہیں +

مصری اور بیرونی اطباء "وثی" مخصوص طور پر اسی حالت کو کہتے ہیں جس میں جوڑ قطعاً نہ اُکھڑا ہو، اگر جوڑ پورے یا ادھورے طور پر اوکھڑ چکا ہو، تو اُسے خلع کہتے ہیں۔

متاخرین نے بھی مفاصل کے اس قسم کے آفات کو دو ہی قسموں میں بیان کیا ہے، اول وہ جس میں جوڑ اوکھڑ جائے، کامل طور پر یا ناقص طور پر +

دوم یہ کہ جوڑ نہ اکھڑے، مگر رباطات وغیرہ ماؤف ہو جائیں +

علاج:- ابتداء میں مفصل کو مکمل سکون دینا چاہیے۔ اور موضعیات[1]

[1] کولڈ ایوا پوریٹنگ لوشن (مقامی استعمال کی ٹھنڈی چیزیں، مثلاً غسول اُسربی (لیڈ لوشن) کا لگانا

باردہ استعمال کرنا چاہیئے، یہاں تک کہ درد میں تسکین ہو جائے اس کے بعد مالش اور تحریکات قسریہ شروع کر دینی چاہیئے۔ تاکہ مفصل میں التصاق نہ ہو جائے۔ اگر غشاء زلالی بھی ملتہب ہو جائے تو تکمید ات حارّہ کی بھی ضرورت ہو گی۔ لیکن ابتدائی علاج ہر حالت میں موضعیات باردہ سے کرنا چاہیئے۔

(**علاج برقی**:۔ موتج کا علاج بجلی کے ذریعہ بھی کیا جاتا ہے اور اس کا طریق یہ ہے کہ پانی میں بجلی کی رَو چھوڑ کر اس میں ماؤف عضو کو ڈبو دیں)۔

موتج کی تکلیف چند روز کی احتیاط اور سکون سے دور ہو جاتی ہے۔ لیکن جب یہ بات حاصل نہیں ہوتی ہے تو درد کے دورے بار بار اُٹھا کرتے ہیں۔ موتج والے عضو میں گاہے بے پرواہی برتنے سے مرض درنی لاحق ہو جاتا ہے۔

مفاصل کے جروح نافذہ (مفاصل کو چھیدنیوالے زخم)

مفاصل میں جو زخم (جراحت) لاحق ہوتے ہیں، اس کی دو صورتیں ہوا کرتی ہیں: اُس میں جراثیمی عدوی ہوا ہے، یا نہیں (عفونی ہے، یا غیر عفونی)، اگر زخم غیر عفونی ہے (یعنی اس میں جراثیمی عدوی نہیں) تو التہاب محض برائے نام ہو گا۔ اگر زخم عفونی ہے (یعنی اس میں جراثیمی عدوی ہو گیا ہے) تو مفصل میں نہایت شدید التہاب ہو جائیگا، جس سے بہت بُرے عوارض پیدا ہو سکتے ہیں۔ اور صحت حاصل ہونے کے بعد مفصل کی حرکات میں بھی کچھ نہ کچھ فرق

نزد رآ جاتا ہے گا ہے تحجر مفاصل بھی ہو جاتا ہے ۔ ایسے زخم عموماً بندوق کی گولی سے یا کسی ایسے اوزار سے پیدا ہوتے ہیں ۔ جو مفصل میں گھس جائے ۔ بعض اوقات کانٹے بھی مفصل میں گھس کر اس قسم کے عوارض پیدا کر دیتے ہیں +

اگر رطوبت زلالی جو صاف تیل جیسی قدرے لیسدار رطوبت ہوتی ہے ، زخم سے نکلتی ہوئی دکھائی دے ۔ تو یقین کر لینا چاہیئے کہ زخم مفصل کے اندر پہونچ گیا ہے ۔ اور اس نے مفصل کی تجویف کو ماؤف کر دیا ہے ۔ اگر یہ امر مشتبہ ہو کہ مفصل چھد گیا ہے یا نہیں ، تو جلد کو مانعات عفونت سے صاف کر کے زخم کو بڑھائیں ، اور نہایت غور سے امتحان کر کے اپنا اطمینان کریں کہ اصلی کیفیت کیا ہے +

علاج :- مفاصل کے جروح نافذہ (بندوق وغیرہ کے زخموں) میں مندرجہ ذیل طریق عمل سے عمدہ نتائج مترتب ہو سکتے ہیں +

گولی کی گذرگاہ کے کناروں کو چھانٹ دیا جائے ، مفصل کے جوف کو ہلکے مانعات عفونت (ادویہ مطہرہ) سے پچکاری کے ذریعہ دھو یا جائے ۔ زخم کے اندر سے اجسام غریبہ کو ، اور اگر ممکن ہو تو گولی وغیرہ کو نہایت غور سے دیکھ بھال کر نکال دیں ۔ جب یہ یقین ہو جائے کہ زخم عدوائی جراثیم سے پاک ہو گیا ہے ، تو غشا زلالی کو ٹانکے لگا کر مفصل کے جوف کو بند کر دیں ۔ لیکن غشا زلالی سے باہر کے زخم کو خرقہ (جالی) سے بھر دیں یا اس میں ربڑ کی نلکی لگا دیں تاکہ اخراج مواد سہولت سے ہوتا رہے بعد ازاں مفصل کو کچھ عرصہ کے لئے جبیروں سے قائم کر دیں ۔ چوبیس یا اڑتالیس گھنٹے کے بعد

اگر جراثیمی عدوی (عفونت) کے علامات پیدا نہوں، تو خرقہ یا نلکی کو نکال کر زخم کو بالکل بند کر دیں. لیکن اگر جراثیمی عدوی کے علامات پیدا ہو جائیں۔ تو غشاء زلالی کے ٹانکوں کو کاٹ دیں۔ اور مفصلی تجویف کو ہلکے مانع عفونت غسول سے دھو کر اندر خرقہ بھر دیں۔ یا ربڑ کی نلکی لگا دیں، جس کے لئے یہ احتیاط نہایت ضروری ہے کہ خرقہ یا نلکی غشاء زلالی تک تو پہونچ جائے۔ لیکن مفصلی تجویف کے اندر داخل نہو ۔ ملوث یا عفونی زخموں میں مفاصل کے اندر انبوبہ (نلکی) رکھنے سے تقریبًا ہمیشہ تحجر پیدا ہو جایا کرتا ہے۔ زخم کو روزانہ ہلکے غسولات سے دھوتے رہیں۔ یہاں تک کہ جراثیمی عدوی کا التہاب دور ہو جائے، جسکی علامت یہ ہے کہ درد اور ورم کم ہو جاتے ہیں۔ اس کے بعد غشاء زلالی کے زخم کو بند کر دیں، اور غشاء زلالی سے باہر جلد کے زخم کو بتدریج انگوری ساخت سے بھرنے کا موقع دیں۔ دوران علاج میں ہر روز ایک مرتبہ مفصل میں تحریک قسری دیکر اسکو پھر جبیرے میں قائم کر دیا کریں. ایسا کرنے سے مفصل میں تحجر نہ ہوگا +

خلوع

اقسام:۔ اسباب کے لحاظ سے خلع کی تین قسمیں ہیں ۔

(۱) ضربی (۲) ولادی (پیدائشی) اور (۳) مرضی +

(۱) خلوع ولادیہ خلوع ولادیہ (پیدائشی) سے مراد وہ خلوع ہیں، جو پیدائش کے وقت موجود ہوں ۔ پیدائشی خلوع کا سبب اکثر اوقات سوء خلقت یعنی تکوین جنین (جنین کی بناوٹ) کا نقص ہوتا ہے

جس کی وجہ سے مفاصل کی طبعی سطوح پیدا ہی نہیں ہوتیں[1]۔ اور گاہے جنین کا سوء وضع یعنی جنین رحم میں اس بے ترتیبی سے رہتا ہے کہ رحم کے اندر ہی اسکے کسی عضو میں خلع پیدا ہو جاتا ہے۔ عموماً جو پیدائشی خلع دیکھنے میں آتا ہے۔ وہ کولھے کا خلع ہے + +

ورک کا خلع ولادی (کولھے کا پیدائشی خلع) :- یہ خلع اکثر دیکھنے میں آتا ہے، اس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ جنین کسی وجہ سے رحم میں غیر طبعی حالت میں پڑا رہ جاتا ہے۔ اور فخذ پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے راس الفخذ حق الورک سے باہر نکل جاتا ہے۔ اکثر یہ نقص اُس وقت مشخص ہوتا ہے۔ جبکہ بچہ چلنے پھرنے لگتا ہے +

علامات:- بچے کی ماؤف ٹانگ قدرے چھوٹی ہوتی ہے اور کولھے کے مقام پر منقبض رہتی ہے۔ صلب کے مہروں میں خمیدگی پیدا ہو جاتی ہے چنانچہ اگر یہ مرض دونوں طرف ہوتا ہے، تو صلب سامنے کی طرف خمیدہ ہو جاتا ہے (تقصّع)، ورنہ کسی ایک جانب۔ لیکن مفصل کی حرکات میں کسی قسم کا احتلال واقع نہیں ہوتا اور نہ مفصل میں کسی قسم کی دکھن یا مضاضت[1] محسوس ہوتی ہے۔ برخلاف اس کے کولھے کے مرض درنی میں درد اور مضاضت شروع ہی سے موجود ہوتی ہیں۔ اور حرکات مفصل بہت محدود ہوتی ہیں۔ اسلئے خلع الورک کو دار الورک[2] (کولھے کے مرض) سے بآسانی تمیز کیا جا سکتا ہے۔ اس مرض میں بچے کی چال عجیب قسم کی مٹکتی ہوئی ہوتی ہے، علی الخصوص جبکہ ایک ہی طرف ماؤف ہو۔

[1] ٹنڈرنس +

[2] ہپ ڈیزیز +

چونکہ ایسے بچوں میں ران کی ہڈی کا سر اپنی جگہ پر (جہاں مفصل کا ذب بن جاتا ہے) بذریعہ رباطات وعضلات کے قائم رہتا ہے اسلئے اوائل میں ٹانگ کو کھینچنے سے اسکی لمبائی میں ایک دو قیراط کا اضافہ ہوسکتا ہے۔ اگر بچہ زیادہ نہ چلا ہو، اور صلابت نہ پیدا ہوئی ہو، تو بعض اوقات حق الورک میں سر کو داخل کر دینا اور خلع کو درست کر دینا بھی آسان ہوتا ہے +

یہ خلع گاہے ایک جانب اور گاہے دونوں جانب ہوا کرتا ہے

تشریح مرضی :۔ چلنے پھرنے سے پہلے بچے کا حق الورک اوتھلا اور راس الفخذ چھوٹا اور چپٹا ہوتا ہے (بہت ممکن ہے کہ ردّ خلع کی کوششیں کامیاب ہوجائیں اور راس الفخذ حق الورک میں داخل ہوجائے لیکن جہاں بچے نے چلنا پھرنا شروع کیا اور راس الفخذ پر بوجھ پڑا۔ فوراً کھسک کر عظم الحرقفہ کی بیرونی سطح (پشت) پر حق الورک سے اوپر پہونچ جاتا ہے۔ کیونکہ حق الورک اوتھلا اور راس الفخذ چھوٹا ہوتا ہے۔ اسلئے وہ حق الورک میں قائم نہیں رہتا، بلکہ کچھ عرصے کے بعد راس الفخذ عظم الحرقفہ کی پشت پر ایک چھوٹا سا نشیب (مفصل کاذب) بنا لیتا ہے۔ راس الفخذ بدشکل اور عضلات متقربہ چھوٹے ہو جاتے ہیں۔ کیس مفصلی متورم ہوکر دبیز ہو جاتی اور حق الورک کو ڈھانک لیتی ہے۔ رباط مستدیر دراز ہو جاتا ہے +

علاج :۔ اس کے علاج میں ہمیشہ اطمینان بخش نتائج مترتب

نہیں ہوتے، اگر بچے کے چلنے سے پہلے ہی مرض (خلع) کی تشخیص ہو جائے۔ تو کوشش کی جائے کہ راس الفخذ حق الورک میں داخل ہو جائے اور ٹانگ کو پورے طور پر تبعیدی صورت میں (خط وسطانی سے دور) رکھا جائے، اور کولھے کو لازوقہ میں قائم کر دیا جائے۔ تقریباً بارہ ماہ تک لازوقہ میں رکھنا ضروری ہے۔

لورنیز[1] کا غیر دموی عمل دو سے پانچ سال کی عمر کے بچوں میں لورنیز کے طریقے سے بعض اوقات بہت اچھے نتائج برآمد ہوتے ہیں، یہ عمل اس قسم کا ہے کہ اس میں خون بہانے کی ضرورت پیش نہیں آتی ہے۔ اور نہ باہر سے جلد وغیرہ کو کاٹنا پڑتا ہے۔ (اس عمر میں حق الورک راس الفخذ اور عضلات مقربہ میں مذکورہ بالا تغیرات شروع ہو جاتے ہیں) اسکا طریقہ یہ ہے کہ

(۱) مریض کو بیہوش کر کے عضلات مقربہ کے ریشوں کو جو کہ رد خلع میں مانع آتے ہیں، دستال کے ذریعہ (زور سے کھینچکر) جلد کے نیچے ہی نیچے توڑ دیا جائے تاکہ وہ راس الفخذ کو حق الورک میں داخل ہونے سے نہ روک سکیں۔

(۲) اس کے بعد فخذ کو مندرجہ ذیل حرکات دیں۔ (۱) پہلے فخذ کو خط وسطانی سے بعید کریں (۲) اسکے بعد منقبض اور بعید کریں (۳) پھر اس کو پھیلاتے جائیں اور ساتھ ہی باہر کی جانب موڑتے بھی جائیں (ان حرکات کے بعد راس الفخذ۔ حق الورک میں داخل ہو جائیگا۔ اگر ایسا ہو جائے تو ان حرکات کو مکرر سہ کرر کریں یہاں

---

[1] لورنز بلڈلس سے تھڈ +

تصویر (۱۳۲)
کولھے کے جوڑ کا خلع ظہری

تصویر (۱۳۳)
مفصل ورک کے خلع ظہری کے بٹھانے کا طریقہ

تک کہ آپ کو پورا یقین ہو جائے کہ راس الفخذ حق الورک میں اچھی طرح داخل ہو گیا ہے۔) اس کے بعد ران کو اسی وضع میں لازوقہ کے ذریعہ قائم کر دیں ✦

(۳) چھ مہینے کے بعد ٹانگ کو بتدریج خط وسطانی کے قریب لانے کی کوشش کریں ✦

عمل ہوفا[1] پانچ چھ سال بعد کی عمر کے بچوں میں حسب ذیل عمل کیا جاتا ہے۔ جسے "عمل ہوفا" کہتے ہیں ✦

مریض کو بے ہوش کر کے مفصل کو بذریعہ دستکاری کھولیں، حق الورک کو کشادہ اور بڑا کریں۔ اور راس الفخذ کو چھیل کر اس طرح بنا لیں۔ کہ وہ حق الورک میں درست آ سکے بعد ازاں مفصل میں التصاق کو روکنے کے لئے حق الورک کے اندر کسی شحمی یا عضلی ساخت کا ٹکڑا لگا دیں۔ اور فخذ کا سر حق الورک کے اندر داخل کر کے زخم کو ٹانکے لگا کر بند کر دیں) اور ٹانگ کو وضع بعید میں رکھکر لازوقہ کے ذریعہ قائم کر دیں۔ (تین ہفتے کے بعد حرکات قہری (حرکات قسری) شروع کریں۔ اس عمل کے بعد اگر ٹانگ چھوٹی نظر آئے تو اس طرف اونچی ایڑی کا جوتا پہننے سے یہ خرابی بالکل رفع ہو جاتی ہے ✦

(ج) خلع[2] مرضی :۔ یہ خلع مرض کبھر[3] لی التہاب مفصلی[4] ت۔ی۔ التہاب[5] عظمی

---

[1] ہوفاز آپریشن ✦
[2] پے تھالوجیکل ڈسلوکیشن ✦
[3] ٹیوبرکولوسس ✦
[4] پائی گ آرتھرائٹس ✦
[5] آسٹیو آرتھرائٹس ✦

مفصلی اور مرض شارکوٹ[1] کے دوران میں ہوا کرتا ہے۔ اس کا ذکر امراض مذکورہ کی بحث میں مفصلاً آئیگا +

(۳) خلوع ضربیہ[2]

اسباب:۔ خلوع ضربیہ کے اسباب دو قسم کے ہوا کرتے ہیں۔ (۱) اسباب سابقہ یا مُعِدّہ اور (۲) اسباب محرکہ یا واصلہ +

اسباب سابقہ[3] (اسباب مُعِدّہ)۔

(۱) نوعیت مفصل:۔ (بعض مفاصل کی بناوٹ اس قسم کی ہوتی ہے کہ ان میں خلع بآسانی ہو سکتا ہے) جیسا کہ مفصل شانہ۔ کیونکہ اس میں عین الکتف اوتھلا اور (عظم العضد کا سر بڑا ہوتا ہے، جس کی وجہ سے وہ حفرہ عین الکتف میں پورے طور سے آ نہیں سکتا)

(۲) مریض کی عمر:۔ عمر کے اختلاف سے صدمے کے نتائج مختلف مترتب ہوا کرتے ہیں، چنانچہ بچوں میں صدمے کی وجہ سے اکثر اوقات ہڈیوں کے سرے (کرادیس) جدا ہو جایا کرتے ہیں۔ اسی قسم کا صدمہ اگر جوانوں کی ہڈیوں پر پڑے، تو خلع ہو جاتا ہے، اور اگر بوڑھے آدمیوں کی ہڈیوں پر واقع ہو، تو کسر پیدا ہو جاتا ہے (جوان آدمیوں کی ہڈیاں چونکہ مضبوط اور پائدار ہو چکتی ہیں۔ اسلئے ان میں صدمے کا نتیجہ اکثر خلع ہوتا ہے۔ بوڑھوں کی ہڈیوں میں

---

[1] تصلب نخاعی دماغی متعدد (ملٹی پل سریبرو اسپائنل اسکلے روسس) جسکے ساتھ متصلہ مفاصل میں التہاب بھی ہو +

[2] ٹراؤمے ٹک ڈسلوکیشنز +

[3] پری ڈسپوزنگ کاززْ +

طبعی طور پر چونکہ بھربھراہٹ کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس لئے ان میں کسر واقع ہوتا ہے۔ اور بچوں کی ہڈیوں میں چونکہ ابھی پختگی پیدا نہیں ہوتی ہے۔ اس لئے ان میں ان کی ہڈیوں کے سرے (کرادیس) جدا ہو جاتے ہیں)

(۳) **مفصل کے گرد عضلات کی کیفیت**:۔ مفصل کے اردگرد جہاں عضلات نحیف اور کمزور ہوتے ہیں، وہاں خلع کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ کیونکہ یہ وقوع خلع کو روکنے پر بہت کم قدرت رکھتے ہیں. (جیسا کہ مفصل شانہ میں) اور اسکے برعکس جہاں عضلات قوی اور دبیز ہوتے ہیں، وہاں اسکا امکان کم ہوتا ہے، کیونکہ ایسے قوی عضلات اپنے تناؤ اور مضبوطی کی وجہ سے مفصل میں انخلاع نہیں ہونے دیتے +

(۴) **مفصل کی التہابی کیفیت**:۔ مفصل میں بار بار التہاب ہو جانے کی وجہ سے رباطات مفصل ملتہب ہوکر نرم اور مسترخی ہو جاتے ہیں، جس سے خلع بآسانی پیدا ہو سکتا ہے +

اسباب محرکہ:۔ (۱) اسباب محرکہ میں سب سے اہم صدمہ ہے جو تین قسم کا ہو سکتا ہے:۔

(۱) صدمہ واصلہ (۲) صدمہ غیر واصلہ (۳) صدمہ عضلیہ (عضلی کشش) +

اقسام خلع:۔ خلع کی چند قسمیں ہیں +

(۱) **خلع تام** (کامل یا مکمل) . جبکہ ہڈی کا سر مکمل طور پر اپنی جگہ

ﻪ کمپلیٹ ڈسلوکیشن +

سے نکل جائے +

(۲) **غیر تام**[۵۱] (غیر کامل یا غیر مکمل) جبکہ ہڈی کا سر غیر مکمل طور پر نکلے +

(۳) **خلع مرکب**[۵۲] :- جبکہ عضو مخلوع کی جلد میں جراحت بھی پیدا ہو جائے +

(۴) **خلع متضاعف**[۵۳] (پیچیدہ) جبکہ بڑے عروق یا اعصاب بھی مجروح ہو جائیں (یا ہڈی کو بھی نقصان پہونچ جائے) +

(۵) **خلع کسری**[۵۴] :- جبکہ ہڈی کے مخلوع سرے کے قریب کسر بھی واقع ہو جائے +

خلع کے عام علامات :- (۱) خلع میں مقامی چوٹ کی علامات پائی جاتی ہیں۔ مثلاً درد۔ ضرب کے نشانات اور ورم جو نرم ساختوں کے چھل جانے کی وجہ سے ہوتا ہے +

(۲) **بد وضعی** :- جو ہڈیوں کے کھسک جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ (۳) مفصل کی حرکات کم و بیش محدود ہو جاتی ہیں +

تشریحی تغیرات :- خلع کے ساتھ جو تشریحی تغیرات پیدا ہوتے ہیں وہ حسب ذیل ہیں :-

مفصل کے رباطات ٹوٹ جاتے ہیں۔ کیس مفصلی[۵۵] اور حوالی مفصل کے عضلات پھٹ جاتے ہیں (اور کیسۂ مفصلی سے ہڈی باہر نکل آتی ہے) اور ہڈی کے اس طرح سرکنے میں بعض اوقات

---

[۵۱] ان کمپلیٹ ڈسلوکیشن +

[۵۲] کمپونڈ ڈسلوکیشن

[۵۳] کمپلی کیٹڈ ڈسلوکیشن

[۵۴] فریکچرڈ ڈسلوکیشن +

[۵۵] کیپسول +

مفصل کی عضروفی یا عظمی سطوح پر کسر بھی واقع ہو جاتا ہے خلع کے پیدا ہونے کے بعد مفصل اور حوالی مفصل کی نرم ساختوں میں خون بھر جاتا ہے۔ قرب وجوار کے عروق اور اعصاب بعض اوقات کچل جاتے یا دب جاتے ہیں۔ بعض اوقات عضو مخلوع جلد کو پھاڑ کر باہر نکل آتا ہے اور خلع کو مرکب بنا دیتا ہے

رد خلع یعنی خلع بٹھانے کی دقتیں:۔ خلع کے بٹھانے میں جو دقتیں پیش آتی ہیں۔ ان کے اسباب حسب ذیل ہیں۔

(۱) سطوح مفصلی کی وضع:۔ (کبھی کبھی مفصلی سطحیں ایسی بیڈول اور بدوضع ہوتی ہیں کہ وہ آسانی سے ملائی نہیں جا سکتیں۔ یا ملا دینے کے بعد اپنی جگہ پر قائم نہیں رہتیں)۔

(۲) کیس مفصلی اور رباطات مفصل کا حائل ہو جانا۔ (کبھی ایسا بھی ہوتا ہے۔ کہ کیس مفصلی یا رباطات مفصل مخلوع کے دونوں سروں کے درمیان حائل ہو جاتے ہیں)

(۳) کشش عضلات:۔ گاہے عضلات کی کشش عضو مخلوع کو اپنی جگہ واپس آنے سے روکتی ہے۔ یہ آخری وجہ ایسی ہے۔ کہ مریض کو بیہوش کرنے کے بعد زائل ہو جاتی ہے۔

خلع کے تغیرات:۔ خلع واقع ہونے کے بعد اگر اسے یونہی چھوڑ دیا جائے۔ اور اسے بٹھایا نہ جائے۔ تو مفصل اور اس کے حوالی میں حسب ذیل تغیرات ہو جاتے ہیں:

اگر خلع ہونے کے بعد مریض کا (چند ہفتے تک) علاج نہ کیا جائے (تو) راس مخلوع جس مقام پر جا کر ٹھہر لیگا۔ وہاں کی نرم ساختوں

میں تحریک پیدا کر کے لیفی ساخت کا کیسہ بنا لیگا، اور اس طرح اس مقام پر ایک مفصل کاذب بن جائیگا۔ اور حقیقی مفصلی حفرہ کے اندر لیفی ساخت پیدا ہو کر اس کو بھر دے گی۔ حوالی مفصل کے عضلات اور رباطات جو خلع پیدا ہونے کے بعد منقبض ہو جاتے ہیں، اگر زیادہ عرصہ تک اسی صورت میں قائم رہ جائیں تو مستقل طور پر چھوٹے پڑ جاتے ہیں (علاوہ ازیں مخلوع راس اپنی نئی جگہ پر پہونچنے کے بعد اس مقام کے عضلات۔ عروق اور اعصاب میں لیفی ریشوں کے ذریعہ سے التصاق پیدا کر دیتا ہے) اور یہ التصاقات بڑی عروق کو بند کر دیتے ہیں۔ ایسی صورت میں اگر بزور خلع کو بٹھانے کی کوشش کیجائے، تو التصاق کی وجہ سے عروق اور اعصاب کے ٹوٹ جانے کا بہت خطرہ ہوتا ہے +

علاج:۔ تمام خلوع میں اصول علاج یہ ہے کہ جہاں تک ممکن ہو۔ خلع پیدا ہونے کے بعد بہت ہی جلد بٹھا دینا چاہئے۔ خلع کے بٹھانے میں تین طریقے استعمال کئے جاتے ہیں:۔

(۱) دستمال (۲) تمدید اور (۳) عمل جراحی +

(۱) **دستمال یا استعمال ید**۔ ہاتھ سے ٹٹول کر خلع کے بٹھانے کا مقصد یہ ہوتا ہے، کہ عظم مخلوع جس راستے سے ہو کر کھسکی ہے، اسی راستے سے واپس لائی جائے۔ مریض کو بے ہوش کرنے کے بعد یہ عمل بہت آسان ہو جاتا ہے، کیونکہ اس سے عضلات کا انقباض جاتا رہتا ہے۔ اور وہ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں +

(۲) **تمدید**:۔ اس طریق سے خلع کو درست کرنے کا مقصد

یہ ہوتا ہے، کہ خوب زور سے کھینچکر عضلی انقباض پر حاوی ہونے کے بعد عضو مخلوع کو اس کی جگہ پر بٹھا دیا جائے۔ عمل تمدید کے لئے ہاتھ تولیہ یا گھرنی کام میں لائی جاتی ہے۔ تمدید کے وقت اسکی ضرورت ہوتی ہے کہ کوئی دوسرا آدمی مریض کے جسم کو مضبوطی کے ساتھ پکڑے، تاکہ مریض دوران عمل میں ہلنے نہ پائے +

خلع کے درست بیٹھنے کی شناخت:- جس وقت ہڈی اپنی جگہ پر واپس لوٹتی ہے، اس وقت ایک نمایاں (چٹ سی) آواز آتی ہے جس سے سمجھا جاتا ہے۔ کہ خلع اپنی جگہ پر درست بیٹھ گیا ہے۔ اس کے بعد مفصل کی ہڈیاں اپنی طبعی مقامات میں محسوس ہونے لگتی ہیں۔ اور مفصل میں طبعی حرکات ہونے لگتی ہیں +

خلع بٹھانے کے بعد چند روز تک مفصل کو سکون دینا چاہیئے حرکات قہری (حرکات قسریہ) اور مالش جلد ہی شروع کر دینی چاہیئے +

جن خلوع کو چار یا چھ ہفتے گزر گئے ہوں۔ انہیں دستمال یا تمدید سے بٹھانے کی کوشش کرنا اصولاً محفوظ اور بہتر طریقہ نہیں ہے۔ کیونکہ التصاق کی وجہ سے وہاں کے عروق و اعصاب کو نقصان پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر مفصل کاذب بن جائے اور اس میں حرکات کافی آسانی کے ساتھ ہوتی ہوں۔ اور وہاں درد بھی نہ ہوتا ہو تو مریض کو اسی حالت میں چھوڑ دینا زیادہ بہتر ہے۔ لیکن اگر حرکات محدود ہوں۔ یا مریض اعصاب پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے درد محسوس کرتا ہو۔ تو ایسی صورت میں عمل جراحی کرنا ضروری ہے۔

عمل جراحی:- مریض کو بے ہوش کر کے مفصل کو کھولا جاتا

ہے۔ اور عضو مخلوع کو جو دوسری ساختوں سے ملتصق ہو چکا ہو
جدا کر کے حفرہ مفصل کے اندر داخل کر دیا جاتا ہے اگر یہ ممکن نہ ہو
تو اس مخلوع کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ کہنی کے خلع میں یہ عمل خصوصیت
سے مفید ہے۔ کیونکہ اس سے حرکات کافی آسانی کے ساتھ ہو سکتی
ہیں۔ شانہ اور کولھے کے خلع میں بھی یہ عمل زیادہ بہتر ثابت ہوا ہے
خلوع مرکبہ کے علاج میں خاص کر یہ کوشش کرنی چاہئے، کہ جراثیمی
عدوی نہ ہونے پائے۔ زخم کے اردگرد جلد کو صاف کر کے (اگر مناسب
سمجھا جائے) تو زخم کو بڑھا دیا جاتا ہے۔ زیادہ کچلی ہوئی ساختوں کو
کاٹ کر علیحدہ کر دیا جاتا ہے۔ بعد ازاں خلع کو درست کر کے اندرونی
ساختوں کا معائنہ کیا جاتا ہے کہ اعصاب یا عروق تو زخمی نہیں ہیں
اگر ہوں تو مناسب علاج کیا جاتا ہے زخم کو دھو کر کوئی مناسب
دوا (مثلاً عصیدۂ بارسین[1]) لگا دی جاتی ہے۔ اس کے بعد یا تو
زخم کو ٹانکے لگا کر بند کر دیا جاتا ہے، یا اخراج مواد کے لئے کھلا
رکھا جاتا ہے، اور پھر اسے بعد میں بند کر دیا جاتا ہے۔ جہاں یہ خوف
ہو کہ مفصل میں التصاق پیدا ہو جائیگا۔ وہاں التصاق کے روکنے
کا پہلے ہی سے بندوبست کرنا چاہئے۔

خلوع خاصہ (مفردات خلوع)

فک اسفل کا خلع قدامی

زیریں جبڑے کا خلع قدامی دو قسم کے سبب سے پیدا

[1] بی۔ آئی۔ پی۔ پیسٹ

تصویر (۱۱۸)

فک اسفل دونوں جانب سے اکھڑ گیا ہے اور یہ صورت پیدا ہو گئی ہے۔

تصویر (۱۱۹)

اس صورت میں مُنہ کی یہ وضع ہوتی ہے یعنی منہ اس طرح کھُلا رہ جاتا ہے۔

ہوتا ہے:

(۱) عضلی تشنج (تقلص) کی وجہ سے، جیسا کہ زور کی جمہائی (تثاؤب) کی حالت میں گاہے ہو جاتا ہے +

(۲) ذقن یعنی ٹھوڑی کے صدمہ سے، جیسا کہ گاہے اُس وقت ہو جاتا ہے، جبکہ منہ کھُلا ہوا ہو، اور ٹھوڑی پر چوٹ لگے +

علاوہ ازیں گاہے زیادہ زور سے دانت اکھیڑنے کی حالت میں فک اسفل اکھڑ جایا کرتا ہے +

زیرین جبڑے کے خلع کی صورت میں فک اسفل کا لقمہ[1] (زائدۂ لقمیہ) حدبۂ مفصلیہ سے پھسلکر سامنے کی طرف چلا جاتا، اور حفرۂ زوجیہ[2] میں آجاتا ہے۔ یہ خلع گاہے ایک طرف، اور گاہے دونوں طرف ہوجاتا ہے (موخر الذکر زیادہ عام صورت ہے) +

اس خلع کی علامت یہ ہے کہ مریض کا منہ تقریباً ایک تیراط کھلا رہ جاتا ہے، اور فک اسفل سامنے کی طرف نکل آتا ہے۔ منہ کی حرکت مثلاً بولنا، اور اسی طرح نگلنا دشوار ہوجاتا ہے، اور رال ہونٹھ پر بہتی رہتی ہے۔ امتحان کرنے پر فک اسفل کا لقمہ اپنے طبعی مقام سے آگے محسوس ہوگا، اور اس کی جگہ پر ایک غیر طبعی نشیب ملے گا +

جب فک اسفل صرف ایک طرف منخلع ہوتا ہے، تو ٹھوڑی تندرست جانب مُڑ جاتی ہے +

---

[1] کانڈائل (لقمہ) +

[2] ایف ٹن شیا آرٹی کیولیرس +

[3] زائگومے ٹک فاسا (حفرۂ زوجیہ) +

علاج:۔ مریض کو کرسی پر بٹھایا جائے، عامل اپنے دونوں ہاتھ کے انگوٹھوں پر رومال یا تولیہ اچھی طرح لپیٹ لے، تاکہ انگوٹھوں کو مریض کے دانتوں سے نقصان نہ پہونچے، اور مریض اس کے انگوٹھے کو کاٹ نہ سکے۔ اب دونوں انگوٹھوں کو مریض کے منہ میں داخل کر کے زیرین ڈاڑھوں کو اتنا دبائے کہ فک اسفل کا لقمہ حدبہ مفصلیہ سے نیچے آجائے۔ دباؤ کا رخ نیچے اور پیچھے کی طرف ہونا چاہئے۔ اسی حالت میں عامل کو چاہئے کہ وہ ہاتھ کی دوسری انگلیوں سے ٹھوڑی کو اوپر اٹھائے، تاکہ لقمہ حدبہ مفصلیہ سے پھسلکر اپنی جگہ پر (نقرۂ فلکیہ میں) واپس آکر بیٹھ جائے۔ رد خلع کے بعد فک اسفل کو بے حرکت رکھنے اور سکون دینے کے لئے ہفتہ عشرہ تک عصابہ رباعیۃ الاذناب (چار سروں والی پٹی) سے باندھ دیا جائے، اور غذا میں شوربا اور دودھ وغیرہ جیسی سیال چیزیں دی جائیں +

گاہے رد خلع کے وقت بے ہوش کرنے کی ضرورت پیش آجاتی ہے +

فک اسفل کا خلع خلفی اور علوی شاذونادر وقوع پذیر ہوا کرتا ہے اور بعض چند مثالیں مل سکی ہیں +

خلع الترقوہ (ہنسلی کی ہڈی کا اوکھڑ جانا)

ترقوہ کے طرف[1] قصی کا خلع | ترقوہ کا طرف قصی یا اندرونی سرا رباط معین[2] وغیرہ کے استحکام کی وجہ سے بہت کم اکھڑتا ہے، اس خلع کا سبب عموماً شانہ کے بیرونی سرے کا ضربہ وسقطہ (شانہ کے بل گرنا یا اسپر چوٹ لگنا) ہوتا ہے، اسی وجہ سے یہ ہڈی زیادہ تر سامنے کی طرف ہٹا کرتی ہے، یعنی اس ہڈی کا اندرونی سرا سامنے کی طرف ٹل جایا کرتا ہے. اسی طرح یہ سرا گاہے پیچھے کی طرف، اور گاہے اوپر کی طرف سرک جاتا ہے. لیکن یہ خلع زیادہ تر ناکمل ہی ہوتا ہے +

اگر **خلع قدامی** ہو یعنی اندرونی سرا سامنے کی طرف ٹل گیا ہو، تو علاج یہ ہے کہ شانہ کو باہر اور پیچھے کی طرف کھینچا جائے، اور اسی اثنا میں ترقوہ کے اندرونی سرے (طرف قصی) کو پیچھے کی طرف دبایا جائے، تاکہ وہ اپنی جگہ پر لوٹ آئے . اس کے بعد لازوقہ سے قائم کرکے اسے اس طرح باندھ دیا جائے، جس طرح کسر کی حالت میں باندھا جاتا ہے +

اگر **خلع خلفی** ہو، تو چونکہ اس حالت میں قصبہ، مری، اور گردن کے عروق پر دباؤ پڑتا ہے، اس لئے اسکے مطابق مختلف عوارض وتکالیف رونما ہوتے ہیں +

علاج:- خلع قدامی کی طرح کھینچکر اصلاح کی جائے، اور اسیطرح

---

[1] اسٹرنل انڈ +
[2] رامبائڈ لگمنٹ +

ترقوہ کو باندھ دیا جائے +

خلع عُلوی یعنی اگر ہڈی کا سرا اوپر کی طرف سرک گیا ہو، تو اصلاح کا طریقہ وہی ہے، جو اوپر بتایا گیا ہے، یا یہ کہ ایک دبیز گدی یا گیند بنا کر بغل کے اندر رکھیں دیا بجائے اسکے جراح اپنا گھٹنہ استعمال کرے) تاکہ ٹیک کا کام دے، اس کے بعد بازو کو اندر کی جانب (بجانب جسم) دبایا جائے، ایسا کرنے سے شانہ باہر کی طرف کھینچ جاتا ہے +

ترقوہ کے طرفِ اخرمی[1] کا خلع | عظم الکتف کا زائدہ اخرم[2] عموماً سرک کر ترقوہ کے بیرونی سرے کے اوپر یا نیچے آجاتا ہے، جسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ کتف پر ضربہ یا سقطہ واقع ہوتا ہے۔ اسکی علامت یہ ہے کہ ان میں سے کوئی ہڈی غیر معمولی طور پر اُبھری ہوئی نظر آتی ہے۔

---

[1] واضح ہو کہ عظم الکتف کے دونوں مشہور زوائد اخرم اور منقار الغراب کی توضیح میں متقدمین اطباء نے بہت اختلاف کیا ہے۔ صاحب بحر الجواہر نے اوپر والے (جو سنسنہ کے ساتھ متصل ہوتا ہے) زائدہ منقار الغراب اور دوسرے نچلے زائدہ کو اخرم بتایا ہے، مگر شیخ نے اوپر والے زائدہ کو اخرم اور منقار الغراب لکھا ہے، اور دوسرے کا نام لکھا ہی نہیں۔ مگر میں اب بعض احباب کے مشورہ کے بعد سنسنہ والے زائدہ کو اُخرُم لکھونگا، اور دوسرے کو منقار الغراب اگرچہ "کتاب تشریح" میں بحر الجواہر کی وجہ سے اس کے برعکس لکھا گیا ہے، جس کا جدید تنقیح میں اب لحاظ رکھا جائے گا (طرف اخرمی- اکرومیل انڈ) +

[2] اکرومین (اخرم) +

اسکی اصلاح اگرچہ سہل ہے، لیکن اصلاحی صورت کا قائم رکھنا مشکل ہے۔ چنانچہ اس کے ثبات و قیام کے لئے کہنی کو زاویہ قائمہ پر لاکر لازوقہ کی پٹیاں شانہ کی بالائی سطح سے کہنی کی زیرین سطح تک چپکائی جاتی ہیں، اور کلائی اور بازو کو معلاق (حمائل) میں رکھا جاتا ہے، اور سینے کے ساتھ باندھ دیا جاتا ہے۔ اگر سیلان (زیغان) باربار اعادہ کرتا ہو تو کھلی عملیت کر کے دونوں ہڈیوں کو تار سے کس دیا جائے۔

خَلعُ المَنکَب (مونڈھے کا اوکھڑنا)

یہ بہت کثیر الوقوع ہے، تمام بدن میں جتنے خلوع ہوتے ہیں، اگر سب کو جمع کیا جائے، تو شاید یہ اکیلا ان کے برابر وقوع پذیر ہوا کرتا ہے؛ کیونکہ نقرۃ الکتف اوتھلا ہے، بازو کا سر بہت بڑا ہے، منکب کی وضع معرض آفات ہے۔ اور بازو کی حرکات بہت وسیع اور قوی ہوتی ہیں، وغیرہ۔ بازو کے مستبعد ہونے (پھیلے ہوئے ہونے) کی حالت میں اگر انسان ہاتھ یا کہنی کے بل گر پڑے، تو عضد کا سر مفصل کتف کے رباط کیسی کے زیریں اور کمزور ترین حصے پر دباؤ ڈالکر اور اسے پھاڑ کر نکل آتا ہے، اور وہ نیچے کی طرف سرک کر بغل میں حفرۃ الکتف (عَیْنُ الکتف) کے نیچے آجاتا ہے۔ اس کے بعد پھر وہی سبب یا قوت، جسنے یہ خلع پیدا کیا ہے، اپنے رُخ کے مطابق عضد کے سر کو سامنے یا پیچھے کی طرف ڈھکیل دیتی ہے، یا مریض کی بیقاعدہ نقل و حرکت کی وجہ سے یا ہاتھ کے ذاتی وزن سے یہی صورت پیدا ہوجاتی ہے۔ اسی طرح اگر کہنی یا منکب پر وقوع سقطہ ہو، تو

گا ہے براہ ست سامنے یا پیچھے کی طرف خلع ہو جاتا ہے +

علامات :- (۱) شانہ چپٹا ہو جاتا ہے، زائدہ اخرم ابھر آتا ہے، اور اخرم کے نیچے عضد کے گول سر کی جگہ ایک نشیب پیدا ہو جاتا ہے +

(۲) عظم العضد کا سر کسی غیر طبعی مقام میں محسوس ہوتا ہے +

(۳) جانب ماؤف کی کہنی پہلو سے ہٹ جاتی ہے، اور جانب ماؤف کا ہاتھ دوسری جانب کے شانہ پر رکھکر کہنی کو جسم سے ملانا ناممکن ہو جاتا ہے +

(۴) بغل کی اگلی اور پچھلی چنٹیں نیچی ہو جاتی ہیں، اور اگر شانہ کی گولائی کو عمودی طور پر ناپا جائے، تو یہ بڑھی ہوئی ہو گی +

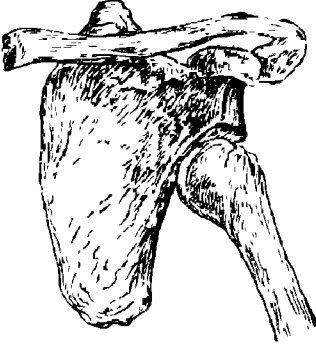
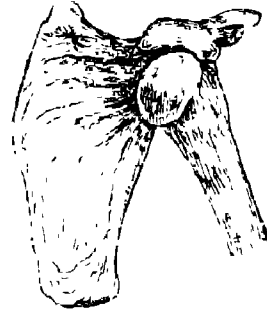
(۵) اگر لکڑی کا سیدھا سطر یا کوئی اور سیدھا فٹ ازائدہ اخرم اور بازو کے بیرونی نقطہ پر رکھا جائے تو خلع کی صورت میں دونوں بیک وقت مل جائیں گے، ورنہ طبعی صورت میں، جبکہ عضد کا سر نقرہ کتفیہ کے اندر ہو، یہ ناممکن ہوتا ہے۔ مگر یہ علامت عضد کے عنق تشریحی کے کسر کی صورت میں بھی پائی جا سکتی ہے +

(۶) بازو کی حرکتیں ماؤف ہوں گی، اور مقامی کدم (درد) پایا جائے گا +

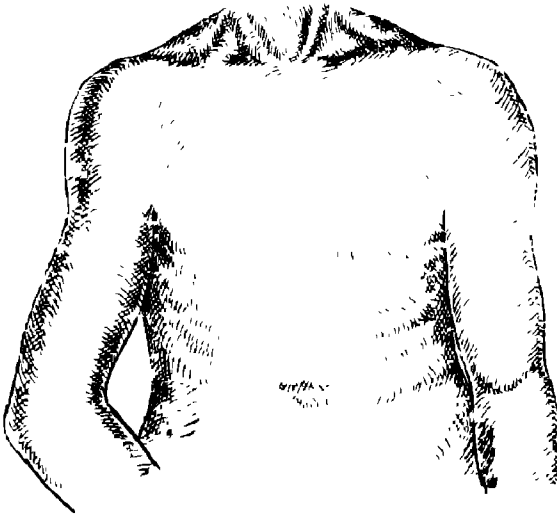
خلع تحت[1] العین (تحت العنابیہ[2]) یعنی جبکہ بازو کا سر عین الکتف نامی نشیب کے نیچے آکر ٹھہر جائے۔ شانہ کے خلع میں بازو

---

[1] سب گلی نائڈ ڈسلوکیشن +

[2] عین الکتف (گلی نائڈ فاسا) کو حفرہ عنابیہ بھی کہا جاتا ہے +

تصویر (۱۲۱)

مونڈھے کا خلع تحت العین (تحت العنابیہ)

تصویر (۱۲۰)

مونڈھے کا خلع تحت المنقار

تصویر (۱۲۲)

دائیں مونڈھے کا خلع تحت المنقار

کا سر اگرچہ ہمیشہ عین الکتف کے نیچے ہی آیا کرتا ہے، مگر یہ نظر کم ہی آتا ہے، اس لئے کہ وہ عموماً وہاں سے منتقل ہو کر دوسری جگہ چلا جاتا ہے۔ جب یہ صورت پیدا ہوتی ہے، تو بازو کا سر بغل میں آکر بغل کے عروق و اعصاب پر دباؤ ڈالتا ہے، اور ٹٹولنے سے بغل میں بسہولت محسوس ہوتا ہے، بازو کی لمبائی بڑھ جاتی ہے، کہنی قدرے منقبض رہتی ہے، اور اعصاب البطیہ پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے گاہے انگلیاں سُن ہو جاتی ہیں +

خلع تحت المنقار[1]، جس میں عضد کا سر عین الکتف کے سامنے اور زائدہ منقار الغراب کے نیچے آجاتا ہے، شانہ کے تمام اقسام سے زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس قسم میں عضد تحت الکتف کا وتر یا ٹوٹ جاتا ہے، یا عضد کے سر پر تنا ہوا رہتا ہے۔ کہنی پیچھے اور باہر کی طرف ٹل جاتی ہے، اور عضد کا سر ترقوہ کے بیرونی ثلث کے نیچے ٹٹولنے سے محسوس ہوتا ہے +

خلع تحت الترقوہ[2] بہت شاذ ہے، جس میں عضد کا سر خلع تحت المنقار سے زیادہ اندر کی طرف آجاتا ہے۔ اس قسم میں کہنی باہر کی طرف زیادہ ٹل جاتی ہے، یعنی پہلو سے زیادہ فاصلہ پر رہتی ہے، اور بازو نمایاں طور پر چھوٹا ہو جاتا ہے +

خلع تحت السنسنہ[3] (تحت الحیز) بھی قلیل الوقوع (شاذ) ہے، جس میں عضد کا سر حفرہ تحت السنسنہ میں رہتا ہے، اور

---

[1] سب کاریکائڈ ڈسلوکیشن +

[2] سب کلیوین ڈسلوکیشن +

[3] سب اسپائی نس ڈسلوکیشن +

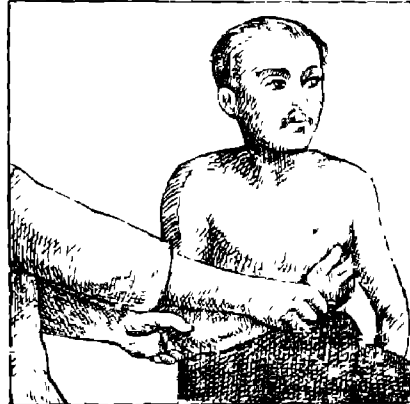
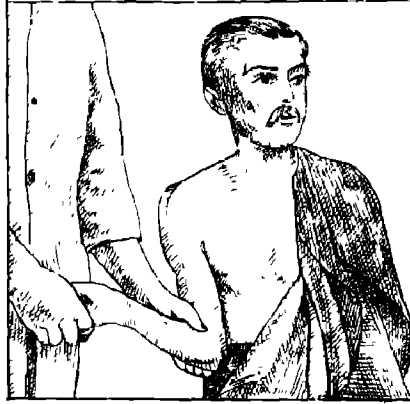
وہاں ٹٹولنے سے معلوم ہو سکتا ہے، کہنی ٹل کر سامنے آجاتی ہے، اور سینے کے ساتھ بہ سہولت ملائی جا سکتی ہے۔ بازو اندر کی طرف گھوم جاتا ہے، اسلئے ہاتھ جسم کے سامنے آجاتا ہے۔ شانہ میں سامنے کی طرف نشیب پایا جاتا ہے، بازو کی لمبائی میں اکثر اوقات زیادہ فرق نہیں آتا ہے، اور اگر فرق آتا ہے، تو اسکی لمبائی کسیقدر دراز ہو جاتی ہے۔

خلع فوق المنقار[1] بہت ہی قلیل الوقوع ہے، جس میں عضد کا سرا اوپر کیطرف چلا جاتا ہے، اور اس میں زائدہ اخرم یا منقار الغراب ٹوٹ جاتا ہے (عموماً مؤخر الذکر ٹوٹا کرتا ہے)، جب اسے بٹھایا جاتا ہے، تو آواز خشخشہ کے ساتھ آسانی سے بیٹھ جاتا ہے، لیکن احتمال رہتا ہے کہ یہ خلع دوبارہ لوٹ آئے۔

علاج:- مونڈھے کے خلوع کا علاج دو طور پر کیا جاتا ہے۔ (۱) **بالعجن** یعنی دستمال سے؛ (۲) **بالمدّ** یعنی کھینچکر۔

(۱) **علاج بالعجن** میں مریض کو بیہوش کرنا بہتر ہوتا ہے؛ داروے بیہوشی کے اثر سے جیسے ہی کہ عضلی انقباض کم ہوتا ہے، اکثر صورتوں میں معمولی اور خفیف تحریکات بھی اصلاح کے لئے کافی ثابت ہوا کرتی ہیں۔

طریقۂ کار:- عامل مریض کے سامنے کھڑا ہو، اور مریض یا بیٹھا ہوا ہو، یا سہارا لگائے ہوئے ہو، اور ایک معاون اُسے پکڑے ہوئے ہو، عامل ایک ہاتھ سے منقبض کہنی کو پکڑے، اور خفیف تدید

[1] سوپراکاریکائڈ ڈسلوکیشن۔

تصاویر ۱۲۳- ۱۲۴- ۱۲۵

مونڈھے کے خلع تحت المنقار کے بٹھانے کا طریقہ (طریقۂ کاکر)

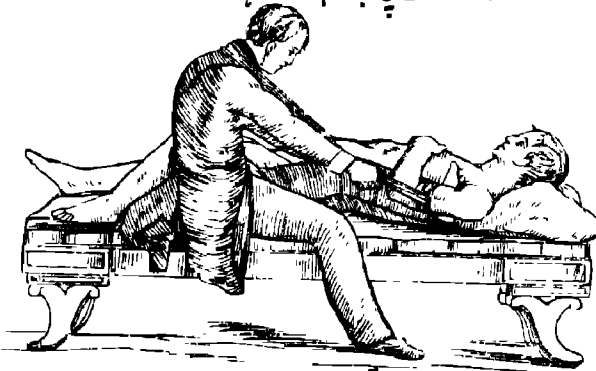
پیدا کرے، اور دوسرے ہاتھ سے قبضہ کو پکڑے اور بازو کو قوت
کے ساتھ باہر کی طرف اتنا گھمائے، جتنا وہ جاسکے، درانحالیکہ کہنی
پہلو کے ساتھ لگی رہے۔ اس وقت کافی طور پر محسوس ہوگا کہ عضلہ
تحت الکتف اپنے انقباض کی وجہ سے مقابلہ کررہا ہے، چنانچہ وہ
بازو کو دیر تک اس وضع پر قائم رکھنے سے تھک جائیگا کچھ دیر کے
بعد اس عضلہ کا تناؤ کم ہوجائیگا، اور بازو کا سر پھسلکر قدرے نیچے
(بغل کی طرف) آجائیگا، اور آخر کار گھوم کر اخرم کے نیچے پہونچ جائیگا
بعض اوقات ردّ خلع کے لئے صرف یہی عمل کافی ہوجایا کرتا ہے لیکن
اس سے اصلاح نہ ہوئی، تو کہنی کو قوت کے ساتھ سامنے اور اوپر
کیطرف اس حد تک لائیں، جہاں تک وہ جاسکے، درانحالیکہ بازو
ابتک پورے طور پر باہر کی طرف گھوما ہوا ہو، پھر بازو کو اندر کی
طرف اس طرح گھمایا جائے کہ ہاتھ جانب مقابل کے مونڈھے تک
پہونچ جائے، اور کہنی کو سینے کی طرف لایا جائے، اور جھکایا جائے
یہ تمام حرکات قوت اور اطمینان کے ساتھ ہونی چاہئیں، جن میں
نامناسب جھٹکے اور زور نہ لگائے جائیں، ورنہ ممکن ہے کہ اس سے
عنق جراحی ٹوٹ جائے +

طریقۂ اسمتھ:۔ اگر عضد کا سر منخلع ہوکر سامنے کی طرف آگیا
ہے، تو عامل کو چاہئے کہ مریض کے سامنے کھڑا ہو، اور مونڈھے
کو گرفت میں لے، اگر دایاں مونڈھا ماؤف ہے، تو دایاں ہاتھ
استعمال کرے، اور اگر بایاں مونڈھا ماؤف ہے، تو بایاں ہاتھ؛
گرفت کی اس صورت میں انگوٹھا عضد کے سر پر رہیگا، اور انگلیاں

شانہ پر۔ دوسرے ہاتھ سے وہ بازو کو کہنی کے پاس پکڑے، جو انقباضی صورت میں ہو، اور اسکو کھینچتے ہوئے اور باہر کی طرف گھماتے ہوئے پہلو سے اوپر کی طرف اُٹھائے، یہاں تک کہ زاویہ قائمہ بن جائے۔ اب بازو کو قوت کے ساتھ اور مسلسل اندر کی طرف گھمایا جائے، اور اس حالت میں انگوٹھا برابر عضد کے سر کے ساتھ رہے، اور اُسے کیس مفصلی کے زیرین حصے کی طرف لانے میں امداد کرتا رہے تاکہ اپنے مخرج کی راہ گزر کر حفرہ میں داخل ہو جائے +

اور اگر عضد کا سرا دکھر کر پیچھے کی طرف چلا گیا ہو (خلع تحت السنسنہ)، تو عامل کو چاہیئے کہ وہ مریض کے پیچھے کی طرف کھڑا ہو، ایک ہاتھ سے مونڈھے کو پکڑے، اور دوسرے ہاتھ سے بازو کو اُٹھائے، اور باہر کی طرف گھماتے ہوئے پیچھے کی طرف کھینچے یعنی بازو کو باہر کی طرف گھمایا جائے، اور آخر کار پہلو کی طرف لایا جائے +

(۲) علاج بالمد:۔ علاج بالمد کے طریقے مختلف ہیں، اس طریقہ علاج کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ متصلہ عضلات اور رباطات کو تھکا کر ان کے تناؤ کو کم کر دیا جائے۔ اس کی ایک صورت یہ ہے کہ بازو کو سیدھا نیچے کی طرف کھینچا جائے۔ مریض کو گدیلے کے فرش پر (زمین پر) چت لٹایا جائے، عامل مریض کے سامنے مُنہ کر کے اس کے ماؤف جانب پہلو میں بیٹھ جائے، اور جوتہ اوتار کر (پاؤں ننگا کر کے) اپنی ایڑی مدمقابل کے لئے مریض کے بغل میں لگا دے۔ اس کے بعد مریض کا ہاتھ پکڑ کر بار بار زور سے کھینچے،

تصویر (۱۲۶)
مونڈھے کے خلع کو بٹھانے کے لئے چرخی کے ذریعہ
بازو کو کھینچا جا رہا ہے۔

تصویر (۱۲۷)
مریض کے بازو کو رومال سے باندھکر عامل اسے اپنی
گردن اور بغل میں سے گذار کر اور دونوں ہاتھوں سے
پکڑ کر کھینچ رہا ہے، درانحالیکہ اس کی ایڑی مریض کے
بغل میں قائم کر دی گئی ہے۔

یہاں تک کہ عضلات تھک کر ڈھیلے پڑ جائیں، اور ہڈی کا سر مفصل کے اندر داخل ہو جائے۔

اس کی ایک دوسری صورت یہ ہے کہ عامل بجائے ایڑی کے اپنا گھٹنہ "ٹیک" کے طور پر استعمال کرے، مریض کو کرسی پر بٹھایا جائے، اور ایک مددگار ہاتھ کو پکڑ کر زاویہ قائمہ پر باہر کی طرف کھینچے، اور دوسرا مددگار مدمقابل کے طور پر مریض کو پکڑے رہے اور شانہ کی ہڈی کو قائم رکھے۔

علاج مابعد:۔ پورے بازو کو پہلو کے ساتھ باندھ دیا جائے (تعصیب)، اور اسی حالت میں ہفتہ عشرہ رکھا جائے، تاکہ جو خون مُنصَب ہو چکا ہے، وہ جذب ہو جائے، اور کیس مفصلی کا رخنہ بند ہو جائے۔ اسکے بعد بازو کو معلاق (حمائل) میں رکھا جائے، اور خفیف تحریکات (حرکت تبعیدی کے سوا) کی اجازت دیجائے حرکت قبض، بسط، اور حرکت دوریہ بتدریج کرائی جائیں، اور سب سے آخر میں حرکت تبعیدیہ۔ اگر دیگر عوارض شریک نہیں ہیں، تو امید ہے کہ تین چار ہفتہ میں بازو کے حرکات اپنی پوری وسعت تک ہو سکیں گے۔

کسر شرکی:۔ اگر عین الکتف کے زیرین کنارے کا کسر بھی شریک خلع ہو تو مزید احتیاط کے ساتھ ایک طویل عرصہ تک بازو کو بے حرکت رکھنے (تثبیت) کی ضرورت ہے، تاکہ مرض کا اعادہ بار بار نہ ہو۔ اگر بڑے حدبہ کا کسر شریک خلع ہو تو عضد کے سر کو اپنی جگہ بٹھا کر بازو کو وضع تبعیدی میں قائم کیا جائے، تاکہ سطوح کسر

ایک دوسرے سے قریب رہیں۔ ایسی حالت میں یہ دیکھنے کے لئے عکس ریز بہت ضروری ہے کہ عضد کے سرا اور ٹوٹے ہوئے ٹکڑے کی وضع کیا ہے۔ اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو کھلی عملیت کرکے حد بہ کر پیچ یا استخوانی پچڑ سے قائم کر دیا جائے +

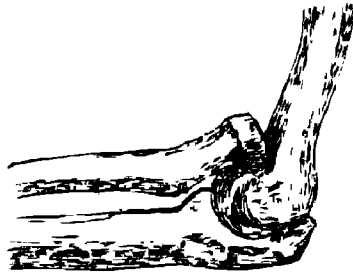
خلع المرفق (کہنی کا اوکھڑ جانا)

مفصل مرفق کا خلع قلیل الوقوع نہیں ہے، اور دونوں قسم کے صدمات واصلہ اور غیر واصلہ سے ہوا کرتا ہے۔ یہ زیادہ تر نوعمروں میں ہوا کرتا ہے۔ اگر اسے قبل حدوث ورم جلد ہی معائنہ کرنے کا موقعہ مل جائے، تو استخوانی بلندیوں کی رہبری سے اور ان ہڈیوں کے درجہ حرکت سے تشخیص آسانی سے ہو جاتی ہے۔ اسی لئے شبہ کی حالت میں عکس ریز سے عکس لینا ضروری ہے +

(۱) زندین کا خلع اس کی تین قسمیں ہیں۔ پیچھے کی طرف سامنے کی طرف، اور پہلوی جانب +

قسم خلفی:- جس میں دونوں ہڈیاں پیچھے کی طرف سرک جاتی ہیں، یہ قسم سب سے زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس میں زائدہ منقاریہ عموماً سلامت رہتا ہے، اور پیچھے جاکر حفرۂ مرفقیہ میں پھنس جاتا ہے کلائی نیم انقباضی صورت میں ہوتی ہے، اور زائدہ مرفقیہ اور زند اعلیٰ کہنی کے جوڑ کے پیچھے کی طرف ابھر آتا ہے اس ابھار سے اوپر کی طرف ایک نشیب بن جاتا ہے، عضد کا زیرین سرا سامنے کیطرف نکلا ہوا معلوم ہوتا ہے، اور شریان اور دوسری نرم ساختیں سرک کر

تصویر (۱۲۸)

زندین کے خلع خلفی کے بٹھانے کا طریقہ

تصویر (۱۲۹)

زنداعلیٰ کا خلع قدّامی

سامنے کی طرف آجاتی ہیں۔ زائدہ مرفقیہ کی چوٹی خط بین اللقمتین سے نیچے ہونے کی بجائے اوپر ہو جاتی ہے۔

قسم قُدامی، جس میں کلائی کی دونوں ہڈیاں ٹلکر سامنے کی طرف آجاتی ہیں، مرفق کے کسر کے بغیر بہت شاذ ہے۔ اس قسم میں کلائی کی لمبائی بڑھ جاتی ہے (گا ہے ایک قیراط تک بڑھ جاتی ہے)، اور یہ انقباضی صورت میں ہوتی ہے۔ زائدۂ مرفقیہ ٹوٹ جانے کے بعد بازو پر پچھلی طرف چڑھ جاتا ہے، اور اگر نہ ٹوٹے، تو حفرۂ منقاریہ میں پھنسا رہتا ہے۔

قسم جانبی، جس میں دونوں ہڈیاں باہر یا اندر کی طرف سرک جاتی ہیں، تقریباً ہمیشہ نامکمل ہوا کرتی ہے، اور یہ صورت کسر کے بغیر کثیرالوقوع بھی نہیں ہے۔ تشخیص کے لئے استخوانی بلندیوں کا امتحان کیا جائے، اور اگر ضرورت ہو تو عکس ریز سے مدد لی جائے۔

(۲) **تنہا زند اسفل کا خلع** جس میں زند اسفل پیچھے کی طرف ٹل جاتی ہے (اس خلع کی محض یہی ایک صورت ہے)، یہ صدمات واصلہ اور غیر واصلہ دونوں سے وقوع پذیر ہو سکتا ہے، اور بہت قلیل الوقوع ہے۔ زائدۂ مرفقیہ کہنی کی پشت پر طبعی حالت سے زیادہ نمایاں اور بلند نظر آتا ہے، مگر کلائی کی لمبائی میں کوئی فرق نہیں آتا۔

علاج:- مذکورہ بالا تمام خلوع کے علاج میں صرف اسقدر ضرورت ہے کہ پھنسی ہوئی استخوانی بلندیوں کو آزاد کر دیا جائے، تاکہ یہ عضلی انقباض سے خود بخود اپنی جگہ پر آکر بیٹھ جائیں۔ اس کی صورت یہ ہے کہ مریض کو بٹھایا جائے، عامل اپنا گھٹنہ کہنی کے موڑ

یں عضد کے زیرین سرے کے مقابل رکھکر پیچھے کی طرف دبائے، اور اسی حالت میں وہ مریض کے قبضہ کو پکڑ کر بتدریج مگر قوت کے ساتھ کلائی کو موڑے۔ ایسا کرنے سے کلائی کی ہڈیاں کھنچتی ہیں، جو آخرکار اپنی جگہ آکر بیٹھ جاتی ہیں۔ اس عمل کے بعد بازو زاویہ قائمہ پر موڑ کر کم ازکم دو تین ہفتہ تک بے حرکت رکھا جائے (مُعصّب کردیا جائے) تاکہ جو ساختیں مجروح ہوگئی ہیں، ان کو اندمال والتحام کا موقعہ ملے، اور تاکہ عضلہ عضدیہ مقدمہ کے جوہر میں التہاب[۱] عضلی عظمی کے وقوع کا احتمال کمتر ہوجائے۔ جو گاہے ضرب کی وجہ سے اس میں پیدا ہوجاتا ہے +

(۳) **تنہا زند اعلیٰ کا خلع** یہ تین صورتوں میں ہوسکتا ہے، سامنے کی طرف (قدامی)، پیچھے کی طرف (خلفی)، اور باہر کیطرف (وحشی) +

قسم قدامی ہی عموماً ملا کرتی ہے، علی الخصوص بچوں میں، اسکے وقوع کے متعدد اسباب ہیں، مثلاً یہ کہ (۱) انسان ہاتھ کے بل گرے، درانحالیکہ اسکی کلائی پورے طور پر حالت انبطاح میں (چت) ہو؛ (۲) یا یہ کہ ہاتھ کو سختی کے ساتھ کھینچا جائے؛ (۳) یا یہ کہ براہ راست کوئی آفت کہنی کے پچھلے اور بیرونی حصے پر ہونچے۔ اس خلع میں زند اعلیٰ کا سر اس نشیب میں رہتا ہے جو لقمہ زندیہ[۲] سے اوپر واقع ہے، جس سے کہنی کا انقباض ناممکن ہوجاتا ہے۔ نیز عضد کے بیرونی حدبہ کے ٹھیک نیچے (پیچھے کی طرف) ایک نشیب بن جاتا ہے۔ کلائی کسی قدر انقباضی صورت میں قائم ہوتی ہے،

[۱] مائیوسائی ٹس آسی فی کنس +	[۲] کیپی ٹےلم +

اور یہ چت پٹ کے درمیان ہوتی ہے +

علاج :- مریض کو بیہوش کرکے کہنی کو اتنا موڑا جائے کہ زاویہ قائمہ بن جائے، اس کے بعد کلائی کو کھینچکر زنداعلی کو پیچھے کی طرف دبا دیا جائے۔ ردخلع کے بعد کہنی کو انقباضی حالت میں چند ہفتہ تک باندھ کر بے حرکت رکھا جائے، اس لئے کہ رباط محیط کے ٹوٹ جانیکی وجہ سے اعادۂ مرض کا اندیشہ ہوتا ہے +

قسم خلفی اور وحشی دونوں قلیل الوقوع ہیں۔ **پہلی صورت** میں زنداعلی کا سر عضد کے عقدۂ وحشیہ کے پیچھے مرفق کے بیرونی پہلو پر ہوتا ہے، جہاں وہ کلائی کے گھمانے سے محسوس ہوتا ہے۔ اسکا علاج یہ ہے کہ کلائی کو موڑا جائے، اور اسے چت کیا جائے۔ اس طرح اگر یہ درست نہ ہو، اور اسی طرح بدوضعی میں قائم رہ جائے، تو زیادہ تکلیف نہیں ہوتی۔ **دوسری صورت** (خلع وحشی) میں زنداعلی کا سر ٹل کر عقدۂ وحشیہ سے باہر کی طرف چلا جاتا ہے، جہاں وہ محسوس ہوسکتا ہے اس نوع خلع میں کلائی کی حرکت میں بہت خرابی آجاتی ہے۔ اس کا ردخلع (اصلاح) بہت آسان ہے، یا اگر ضرورت ہو تو اسکا سر کاٹ کر خارج کردیا جائے +

خلع کی ایک بہت ہی نادر قسم بھی ہے، جس میں زنداسفل پیچھے کی طرف، اور زنداعلی سامنے کی طرف چلی جاتی ہے، جس سے ایک بہت ہی بری شکل پیدا ہوجاتی ہے +

مرفق مجرور[1]

جب بچہ گر پڑتا ہے، اور اسے بے احتیاطی کے ساتھ ہاتھ پکڑ کر اوٹھا لیا جاتا ہے، تو زند اعلیٰ کا سرا اگرچہ رباط محیط سے باہر تو نہیں نکل آتا، مگر اتنا کھنچ جاتا ہے کہ جب یہ اپنی جگہ کی طرف واپس لوٹتا ہے، تو غشار زلالی کی چنٹ زند اعلیٰ کے سر اور لقمہ زندیہ کے درمیان آکر دب جاتی ہے، جس سے سخت درد ہوتا ہے، اور بچہ اس میں ہاتھ لگانے نہیں دیتا۔ اس حالت میں کلائی قدرے انقباضی صورت میں قائم ہو جاتی ہے اور ہاتھ چت ہوتا ہے۔ یہ صورت عموماً چار سال سے کم عمر کے بچوں میں پیدا ہوتی ہے +

علاج:- کلائی کو پہلے پورے طور پر چت کیا جائے، پھر بہت کیا جائے، اسکے بعد پورے طور پر اسے منقبض کیا جائے، اور پھر منبسط کیا جائے۔ ایسا کرنے سے غشار زلالی کی چنٹ ہڈیوں کے درمیان سے نکل آتی ہے، اور کوئی تکلیف قائم نہیں رہتی +

یہاں ابتک جو کچھ بیان ہوا ہے، وہ محض خلع کا ہے، لیکن یہ واضح رہے کہ مرفق کے خلوع کے ساتھ مختلف قسم کے عوارض ملا کرتے ہیں، مثلاً ایک یا دونوں عقدوں کا کسر، جو تشخیص و علاج میں دشواری پیدا کر دیتے ہیں +

خلع الرسغ (قبضہ کا اوکھڑ جانا)

قبضہ کا خلع گاہے سامنے کی طرف اور گاہے پیچھے کی طرف

---

[1] پلڈ ایلبو (مرفق مجرور) +

ہوتا ہے، مگر اسکا خلع شاذ و نادر وقوع پذیر ہوا کرتا ہے۔ اس میں
زند اعلی و اسفل کے زیرین سرے جلد کے نیچے ابھر آتے ہیں، اور ان
ہڈیوں کے زوائد ابریہ اپنے طبعی وضع متناسب پہ قائم رہتے ہیں،
یعنی ان دونوں کی وضع میں جو باہمی مناسبت اور مسافت ہے، وہ
قائم رہتی ہے، اسی علامت کی وجہ سے یہ خلع کسر کولس سے باسانی
ممتاز ہو جاتا ہے +

علاج:۔ رد خلع بہ آسانی ممکن ہے۔ اسکے بعد ہاتھ کو کچھ عرصہ تک
بے حرکت رکھا جائے +

مختلف عظام رسغیہ کی خلوع

یہ خلوع بہت کم پائے جاتے ہیں۔ ان ہڈیوں سے گاہے
عظم کبیر[1] پیچھے کی طرف ٹل جاتی ہے، جس سے جلد کے نیچے ایک گول سی
بلندی بن جاتی ہے، اور جو انقباض (قبضہ کے موڑنے) کے وقت
بڑھ جاتی ہے، اور انبساط کے وقت گاہے غائب ہو جاتی ہے۔ یہ
خلع بھی بہ آسانی بٹھایا جا سکتا ہے، لیکن اعادہ کا اندیشہ بہت زیادہ
ہے۔ اگر تکلیف دہ صورت پیدا ہو جائے، تو ہڈی کو نکال لیا جائے +

عظام مشطیہ اور سُلامیات کے خلوع

یہ زیادہ کثیر الوقوع نہیں ہیں، نیز آسانی سے پہچانے جا سکتے
اور آسانی سے بٹھائے جا سکتے ہیں، البتہ انگوٹھے کے پہلے پور

---

[1] اسٹیلا کڈ بہ اسمنر

سلامی کا خلع خلفی کا ہے مشکلات پیدا کر دیتا ہے، کیونکہ عضلہ قابضہ طویلہ کا وتر عظم مشطی کی گردن کے گرد لپٹ جاتا ہے، اور اگلا رباط مفصلی پیچھے کی طرف چلا جاتا ہے، اور عظم مشطی کے سر کے پیچھے رہتا ہے۔ یہ خلع اُس وقت پیدا ہوتا ہے، جبکہ انگوٹھے کو غیر معمولی طور پر پھیلایا جائے جیساکہ کسی دوسرے آدمی کو دھکیلنے کی صورت میں ہو سکتا ہے، یا اُس وقت ہو سکتا ہے جبکہ کوئی دوسرا آدمی انگوٹھے کو پکڑ کر زور سے مروڑے۔

علاج:۔ پہلے انگوٹھے کو کسی مناسب سامان سے پکڑ کر اور زیادہ پھیلا دیا جائے، یہاں تک کہ عظم مشطی کے ساتھ زاویہ قائمہ بن جائے؛ اسکے بعد انگوٹھے کو کھینچتے ہوئے تیزی کے ساتھ موڑ دیا جائے (قبض کی صورت میں موڑ دیا جائے)، اور اس حالت میں عظم مشطی کو اندر کی طرف دبایا جائے۔ اگر اس تدبیر سے کامیابی نہ ہو تو پاک صاف چاقو سے رباط مفصلی (مقدم) کو کاٹ دیا جائے، اور مفصل کو بٹھا دیا جائے۔ رباط کے کاٹنے کی صورت یہ ہے کہ دونوں ہڈیوں کے درمیان (پہلے پورو ے کے قاعدہ کے ٹھیک اوپر) پیچھے کی طرف سے چاقو داخل کر کے عظام سمسانیہ کے درمیان رباط کو کاٹ دیا جائے۔

خلع الورک (کولھے کا اوکھڑ جانا)

یہ شاذونادر پیدا ہوتا ہے، اور ہمیشہ نوعمروں اور نوجوانوں میں صدمہ غیر واصلہ کے نتیجہ میں رونما ہوا کرتا ہے۔ سن رسیدہ لوگوں میں (۵۰ سال کے بعد) ایسے صدمات سے بجائے خلع پیدا ہونے کے عنق الفخذ کا کسر ظاہر ہوتا ہے۔ چونکہ حق الورک کا زیرین حصہ اوتھلا

(کم گہرا) ہے، اور زیرین اور پچھلے حصے کے رباطات کمزور ہیں، اسلئے خلع کی صورت میں عظم الفخذ کا سر اکثر اسی مقام سے نکل جاتا ہے. رباط حرقفی فخذی (خاصری فخذی) جو کہ جوڑ کے سامنے کی طرف واقع ہے، سارے بدن کے رباطات سے زیادہ مستحکم ہے، اسلئے اکثر اوقات یہ نہیں ٹوٹتا، چنانچہ ایسے خلوع کو منتظمہ کہا جاتا ہے، اور جب یہ رباط ٹوٹ جاتا ہے، تو اسے غیر منتظمہ کہتے ہیں. عضلہ سادہ باطنہ کا وتر بھی خلوع خلفیہ کی تقسیم میں اہمیت رکھتا ہے؛ چنانچہ عظم الفخذ کا سر اس رباط کے نیچے واقع ہو، تو اسے قسم وَرکی کہتے ہیں؛ اور اگر اس سے اوپر ہو تو قسم ظہری +

خلع الورک کی چار بڑی قسمیں ہیں، ان میں دو اگلی ہیں، اور دو پچھلی. اگلی دونوں قسمیں (۱) خلع سادّی اور (۲) خلع عانی ہیں؛ اور پچھلی دونوں قسمیں خلع ورکی اور خلع ظہری. ان چاروں میں سے قسم ظہری کثیر الوقوع ہے، اور قسم عانی قلیل الوقوع +

ان چاروں اقسام میں فخذ کا سر رباط کیسی (کیس مفصلی) کے زیرین اور پچھلے حصے سے باہر نکل آتا ہے، جسکے دو اسباب ہو سکتے ہیں؛ ایک یہ کہ مریض ایسی حالت میں گرے کہ اس کی ٹانگ وضع بعید

لہ الیو فیمورل لگمنٹ (یا ای لگ ٹ) ۲ لگمنٹ +	لہ ڈاَ ر سل ویرائٹی +
۵۲ ریگولر ڈسلوکیشنز +	۵۶ اینٹیریئر ویرائٹی +
۵۳ اررِیگولر ڈسلوکیشنز +	۵۸ پیوبک ویرائٹی
۵۴ ابٹوریٹر اِنٹرنس +	۵۹ کیپ شول +
۵۵ شیاٹک ویرائٹی +	

میں ہو ؛ دوئم یہ کہ ٹانگ کو زور کے ساتھ بعید کر دیا جائے کیس مفصلی سے جب فخذ کا سر باہر نکل آتا ہے ، تو اسی صدمہ (زور) کے رُخ کے لحاظ سے سامنے یا پیچھے کی طرف انہی مذکورہ بالا چاروں مقامات میں سے کسی ایک مقام میں چلا جاتا ہے. چنانچہ اگر ٹانگ اندر کی طرف گھوم جائے ، اور منقبض ہو جائے ، تو ہڈی کا سر پیچھے کی طرف چلا جائیگا ، اور قسم ورکی یا ظہری پیدا ہو جائے گی ؛ اور اگر ٹانگ باہر کی طرف گھوم جائے ، اور پھیلی ہوئی ہو ، تو سر سامنے کی طرف چلا جائیگا ، اور قسم سادّی یا عانی پیدا ہو جائیگی. قسم ظہری کے وقوع پذیر ہونے کے لئے یہ ضروری ہے کہ یا تو عضلہ سادہ باطنہ کا وتر ٹوٹ جائے ، یا ہڈی کا سر اسکے سامنے سے پھسل جائے. اگر ٹانگ کے وضع تقریبی میں ہونے کے باوجود خلع پیدا ہو جائے ، تو اکثر اوقات یہ ضروری ہے کہ اسکے ساتھ حق الورک کا پچھلا لب (پچھلا حصہ) ٹوٹ گیا ہے +

(۱) **خلع ظہری** :- اس خلع میں عظم الفخذ کا سر خاصرہ کی پشت پر حق الورک سے کم وبیش اوپر اور پیچھے ، اور سادہ باطنہ کے وتر کے اوپر رہتا ہے. یہ ٹٹولنے سے محسوس ہو سکتا ہے ، اگرچہ فربہ لوگوں میں یہ دُشوار ہے ، خواہ یہ فربہی شحمی ہو ، یا لحمی. رباط مستدیر اور کیس مفصلی ٹوٹ جاتا ہے. ٹانگ وضع انقباضی اور تقریبی میں ہوتی ہے ، اور اندر کی طرف گھوم جاتی ہے. ماؤف جانب کا انگوٹھا تندرست پاؤں کے قوس انمصی کے اوپر کی بلندی (علاقہ)[1] پر سہارا لگاتا ہے. طرد خا نطیر اعظم خط نیلے ٹن[2] سے بلند تر اور بمقابلہ تندرست

[1] انسں ٹیپ + [2] خط نیلے ٹن وہ خط ہے جو شوکہ مقدمہ علیا سے حدبہ ورکیہ کے بلند ترین مقام تک کھینچا جائے +

جانب کے شوکہ مقدمہ علیا سے قریب تر ہوجاتا ہے۔ ٹانگ کی لمبائی دو تین قیراط کم ہوجاتی ہے، اور جوڑ کے سامنے ایک غیر معمولی نشیب پیدا ہوجاتا ہے۔

(۲) خلع ورکی (عجزی ورکی)۔ اس خلع میں فخذ کا سر ثلمہ عجزیہ[1] ورکیہ (ثلمہ ورکیہ[2]) میں رہتا ہے۔ اس خلع کی علامتیں تقریباً وہی ہیں جو خلع ظہری میں پائی جاتی ہیں، لیکن اس خلع میں طول کی کمی اتنی نہیں آتی، جتنی وہاں آتی ہے؛ چنانچہ اس خلع میں عموماً ٹانگ ½ سے ایک قیراط تک چھوٹی ہوجاتی ہے۔ ماؤف جانب کا انگوٹھا جانب مقابل کے انگوٹھے کی جڑ کے پاس رہتا ہے۔ سرین کے عضلات کی دبازت کی وجہ سے عموماً ہڈی کا سر زیادہ نمایاں نہیں ہوتا۔

دونوں خلوع کا علاج:۔ مریض کو بیہوش کیا جائے، گدے پر لٹایا جائے، وضع تقریبی کی حالت میں پنڈلی اور ران کو موڑا جائے ایسا کرنے سے فخذ کا سر حق الورک کے نیچے آجاتا ہے۔ اسکے بعد گھٹنے کو باہر کی طرف گھماتے ہوئے سیدھا پھیلا دیا جاتا ہے۔ ایسا کرنے سے فخذ کا سر اُسی رہگذر کے ذریعہ، جس سے یہ خارج ہوا تھا، حق الورک کے اندر داخل ہوجاتا ہے۔

اگر اس طریقے سے کامیابی نہ ہو تو جسم کو قائم کرکے اور فخذ کو منقبض کرکے سیدھا اوپر کی طرف کھینچا جاتا ہے۔ عموماً اس سے کامیابی ہوجاتی ہے، اگر نہ ہو تو تمدید کے لئے ڈوری اور گھرنی استعمال کی جائے۔

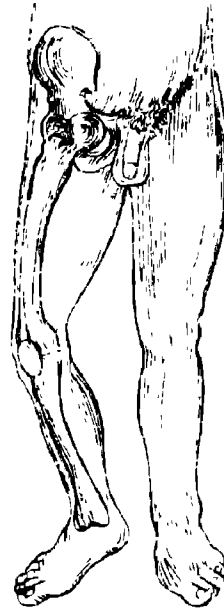
---

[1] سیکرو شیاٹک ناچ۔

[2] شیاٹک ناچ۔

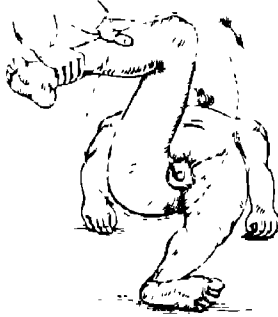
(۳) **خلع ثنادی** (ثقبہ سادہ کی طرف منسوب)؛۔ فخذ کا سر ثقبہ سادہ (ثقبہ عانیہ) میں ہوتا ہے، جو مریض کے عجان (سیون) کے مقام میں ٹٹولنے سے محسوس ہوتا ہے، ٹانگ باہر کی طرف قدرے گھومی ہوئی، خط وسطانی سے دور اور انقباضی صورت میں ہوتی ہے، اس کی لمبائی بڑھ جاتی ہے، جسکی حد گاہے دو قیراط تک ہوتی ہے۔ پاؤں کی انگلیوں کا رُخ باہر کی طرف ہو جاتا ہے۔ جب مریض کھڑا ہوتا ہے، تو جسم سامنے کی جانب جھک جاتا ہے۔ عصب سادیہ پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے اس خلع میں درد بہت شدید ہوتا ہے۔ اس خلع میں عضلات مقربہ اور شطیہ بہت تنے ہوئے ہوتے ہیں، اور بعض اوقات پھٹ جاتے ہیں۔ رباط مستدیر ٹوٹ جاتا ہے۔ طرد خا نطیر طبعی حالت سے کم نمودار رہتا ہے، اور اس کی اصلی جگہ میں ایک نشیب پیدا ہو جاتا ہے +

(۴) **خلع عانی**:۔ اس خلع میں فخذ کا سر عظم العانہ کے آڑے یا افقی شعبہ پر رہتا ہے۔ اور یہ ٹٹولنے سے خاصرہ کے شوکہ مقدمہ سفلیٰ سے نیچے محسوس ہوتا ہے۔ ٹانگ نمایاں طور پر بعیدی وضع میں اور باہر کی طرف گھومی ہوئی ہوتی ہے، حتیٰ کہ اندرونی سطح سامنے نظر آتی ہے، مگر انقباض خفیف ہوتا ہے۔ عصب فخذی مقدم پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے درد شدید ہوتا ہے۔ ٹانگ کی لمبائی ایک قیراط تک کم ہو جاتی ہے۔ ران کے بیرونی گھمانے والے چھوٹے عضلات (باستثنا سادہ باطنہ) عموماً مجروح ہو جاتے ہیں۔ رباط مستدیرا اور رباط کیسی پھٹ جاتے ہیں۔ مفصل ورک نمایاں طور پر چپٹا ہو جاتا ہے، اور طرد خا نطیر خط

۵ ہوبک ڈسلو کے شن +	۵ ابٹورے ٹر ڈسلو کے شن +

تصویر (۱۳۵)

مفصل ورک کا خلع عانی

تصویر (۱۳۴)

مفصل ورک کا خلع ساقی

تصویر (۱۳۶)

مفصل ورک کے خلع قدامی کے بٹھانے کا طریقہ

وسطانی سے قریب تر آجاتا اور قدرے بلند ہوجاتا ہے +

علاج :- خلع سادی اور عانی کا علاج اسی طریقے سے کیا جاتا ہے جس طرح کہ خلع مؤخرہ کے لئے بتایا گیا ، سوائے اسکے کہ ان دونوں قسموں میں ران کو وضع تبعیدی میں منقبض کرنے کیلئے گھٹنے کو اندر کیطرف گھما کر ٹانگ کو پھیلا دیا جاتا ہے . اگر کوئی معاون اپنے ہاتھوں سے اثنائے عمل میں فخذ کے سر کو نیچے کی طرف دبائے ، تو اس سے ردِّ خلع میں امداد ملتی ہے +

خلع الورک کے تمام اقسام میں ردِّ خلع کے بعد مریض کے لئے ضروری ہے کہ وہ ایک ہفتہ یا دس روز تک بستر پر اس طرح لیٹا رہے کہ اسکی دونوں ٹانگیں ایک دوسرے سے بندھی ہوئی رہیں ، اس کے بعد حرکات قسریہ یا ذاتیہ کی اجازت دی جائے ، مگر وہ بھی بہت احتیاط کے ساتھ ، دراںحالیکہ مریض بستر ہی پر رہے . تین ہفتہ تک کھڑے ہونے یا چلنے کی کوشش نہ کرے +

اس خلع میں اصلاح کے بعد عموماً نکس (اعادۂ مرض) نہیں ہوا کرتا ، لیکن اگر اتفاقاً دوبارہ عود کر آئے ، تو سمجھنا چاہیئے کہ حق الورک کا پچھلا کنارا ٹوٹ گیا ہے . چنانچہ جب یہ صورت ہوتی ہے تو بعض اوقات اصلاح خلع کے بعد فوراً آواز خشخشہ کے ساتھ خلع عود کر آتا ہے

بعض اوقات اسکے علاوہ اعادۂ خلع کے دوسرے اسباب بھی ہو سکتے ہیں ، مثلاً مریض کے بعض غیر ارادی حرکات وغیرہ . ایسی صورت میں خلع کو دوبارہ درست کیا جائے ، ٹانگ کو وضع تبعیدی میں زیادہ عرصہ تک بے حرکت رکھا جائے ، تمدید کے لئے

وزن لٹکایا جائے، اور مناسب جبیرہ استعمال کیا جائے +

خلع الرضفہ (گھٹنے کی ہڈی کا اوکھڑنا)

رضفہ اکثر اوقات باہر کی طرف، اور گاہے اندر کی طرف اوکھڑتا ہے علاوہ ازیں شاذونادر طور پر دوسری صورتیں بھی نمودار ہو جاتی ہیں، مثلاً رضفہ کا عمودی طور پر گھوم جانا، اور مثلاً یہ کہ رباط رضفی کے ٹوٹ جانے سے رضفہ اوپر کی طرف کھنچ جاتا ہے۔ رضفہ کا خلع گاہے کامل اور گاہے ناقص ہوتا ہے، خلع تام میں کیس لازمی طور پر پھٹ جاتا ہے، اور خلع ناقص میں یہ ضروری نہیں ہے +

خلع وحشی، جس میں رضفہ باہر کی طرف ٹل جاتا ہے، گاہے عضلی تشنج سے پیدا ہوتا ہے، علی الخصوص اُن لوگوں میں جنکا گھٹنہ اندر کی طرف میلان رکھتا ہو (رکبہ انسیہ[1])، جیسا کہ بعض اوقات خاص لوگوں میں دیکھا جاتا ہے۔ علی ہذا یہ گاہے صدمۂ واصلہ سے بھی لاحق ہوتا ہے اسکا وقوع عموماً اُس وقت ہوتا ہے جبکہ ٹانگ پھیلی ہوئی ہو، کیونکہ جب ٹانگ مُڑی ہوئی ہوتی ہے تو رضفہ استحکام کے ساتھ ثلمہ بین اللقمتین پر قائم رہتا ہے۔ جب رضفہ کا خلع تام ہوتا ہے، تو یہ لقمہ کی بیرونی سطح پر پڑا ہوتا ہے، اسکا اندرونی کنارا سامنے کی طرف نکلا ہوا رہتا ہے، گھٹنہ زیادہ چوڑا اور چپٹا نظر آتا ہے، اور ثلمہ بین اللقمتین ٹٹولا اور معلوم کیا جا سکتا ہے +

---

[1] رکبہ انسیہ (جینو ولگم) وہ حالت جس میں ایک گھٹنہ یا دونوں گھٹنے اندر کی طرف خمیدہ ہوتے ہیں +

جب اسکا خلع کامل نہیں ہوتا، تو رضفہ کی سطح مفصلی کا اندرونی نصف بیرونی لقمہ کی غضروفی سطح پر پڑا ہوا رہتا ہے، اور رضفہ کا بیرونی کنارا سامنے کی طرف نکلا ہوا رہتا ہے +

علاج :- ردّ خلع (اصلاح خلع) کی صورت یہ ہے کہ ران کو شکم پر موڑا جائے، اور گھٹنے کو مکمل طور پر پھیلا دیا جائے، تاکہ ران کے سامنے کے عضلات (عضلہ رباعیۃ الرؤس) ڈھیلے پڑ جائیں، اب اک ذرا سا دباؤ اسکے بیرونی کنارہ پر ڈالا جائے، اس سے ملا ہوا رضفہ آسانی کے ساتھ اپنی جگہ پر لوٹ آئیگا +

خلع تام میں گاہے اس کا کوئی کنارا ثلمہ بین اللقمتین میں اٹک جاتا ہے اور ایسی حالت میں بعض اوقات اصلاح دشوار ہوجاتی ہے حتی کہ کھلی عملیت کی ضرورت پیش آجاتی ہے +

رد خلع کے بعد گھٹنے کے پیچھے جبیرہ لگا دینا چاہیئے، اور نطولات مبردہ استعمال کرنا چاہیئے، تاکہ التہاب غشار زلالی پیدا نہ ہونے پائے یا اگر یہ پیدا ہوجائے تو اس سے فائدہ پہونچے +

خلع انسی، جس میں رضفہ اندر کی جانب ٹل جاتا ہے، قلیل الوقوع ہے، اور ہمیشہ ضربات ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کے عوارض اور اسکا علاج اُسکے برعکس اور مقابل ہے جو خلع وحشی میں بیان کیا گیا ہے، مثلاً یہ کہ رد خلع میں یہاں دباؤ اندر سے باہر کی طرف ڈالا جائے +

رضفہ کا دوران عمودی[1] وہ حالت ہے جس میں رضفہ اپنے محور پر بل کھا جاتا ہے، حتی کہ بعض اوقات پورے طور پر گھوم جاتا

[1] ورٹیکل روٹیشن +

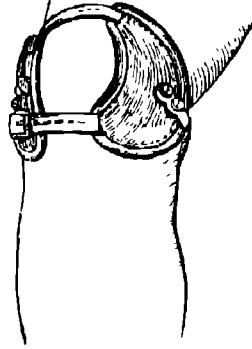
ہے، اگرچہ یہ حالت بہت شاذ ہے +

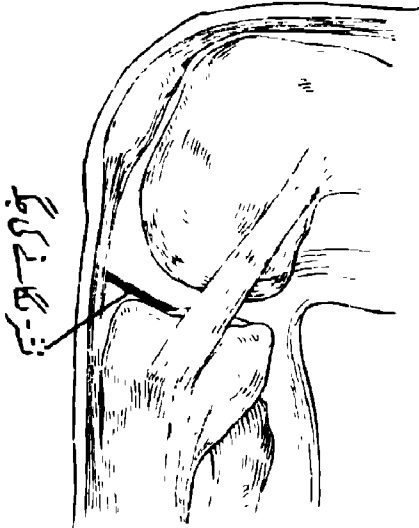
علاج:- مریض کو بیہوش کر کے انگلیوں سے ٹٹول کر سیدھا کیا جائے +

خلع الرکبہ (گھٹنے کا اوکھڑنا)

خلع رکبہ کے اقسام متعدد ہیں، جانبی، قدامی اور خلفی۔ جب اس خلع کا سبب ضرب ہوتا ہے (جو عموماً شدید ہوتی ہے) تو بسا اوقات یہ جانبی ہوتا ہے (اگرچہ بعض لوگوں نے قدامی لکھا ہے)۔ لیکن جب اسکا باعث کوئی مرض ہو تو عموماً اسکا خلع خلفی ہوتا ہے (مگر بعض لوگوں نے خلفی اور جانبی دونوں کو اس میں شامل کیا ہے)۔ پھر اس خلع میں گاہے بدوضعی کامل ہوتی ہے، اور گاہے ناقص +

خلوع جانبیہ شاذونادر ہی کامل ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ کچھ نہ کچھ دوران (گھوم جانا) ضرور ہوتا ہے؛ اور ٹانگ کسیقدر منقبض رہتی ہے + ردخلع آسانی سے حاصل ہوسکتا ہے +

قصبہ کبریٰ کا خلع قدامی بمقابلہ خلع خلفی کے زیادہ عام ہے یہ عموماً کامل ہوا کرتا ہے، اور فخذ کا زیرین سرا نصنار مابض میں ابھر آتا ہے، اور عروق پر دباؤ ڈالتا ہے، جس سے غانغرانا کا امکان بہت شدید رہتا ہے۔ قصبہ کا بالائی سرا، جسکے ساتھ رضفہ بھی ہوتا ہے، سامنے کی طرف رہتا ہے، اور ایک نمایاں بلندی (ورم) بناتا ہے۔ اگر مفصلی سطحین ایک دوسرے پر چڑھ جائیں، تو عموماً عضو کے طول میں کافی کمی آجاتی ہے +

تصویر (۱۳۷)

گھٹنے کی پیٹی یا پنجرہ (قفص الرکبہ)

تصویر (۱۳۸)

غضروف ہلالی کو باہر نکالنے کیلئے شگاف کہاں لگانا چاہیے

دونوں رباط رضفی اور پہلوی رباط کے درمیان جہاں کالی موٹی لکیر بنا دی گئی ہے۔

قصبہ کا خلع خلفی بہت قلیل الوقوع ہے، اور عموماً (۵۵ میں ۴ م) کامل ہوتا ہے۔ علامات نہایت واضح ہوتی ہیں، اور عروق و اعصاب پر دباؤ پڑنے سے اکثر اوقات غانغرانا واقع ہوتا ہے (۵۵ میں سے دس)۔

ان دونوں خلوع میں اصلاح آسان ہے۔ ٹانگ کو کھینچا جائے درانحالیکہ ران مڑی ہوئی ہو، اور ساتھ ساتھ ہاتھ سے ٹٹول کر قصبہ کے سر کو اپنی جگہ لایا جائے۔ اصلاح کے بعد دو تین ہفتہ تک عضو کو آرام دیا جائے، اور جبیرہ میں بے حرکت رکھا جائے۔

غضروف[1] ہلالی کا ٹل جانا

یہ صورت اُس وقت واقع ہوتی ہے جبکہ گھٹنہ قدرے منقبض ہو، اور قصبہ کا سر فخذ کے لقمتین کے نیچے زور سے گھوم جائے، جیسا کہ کھیل کے میدانوں میں دوڑتے ہوئے یک لخت گھوم جانا پڑتا ہے۔ یہ بدوضعی زمیلان) زیادہ تر اندرونی غضروف میں ہوا کرتی ہے۔ غضروف کا اگلا یا پچھلا لگاؤ (اتصال) اور گا ہے دونوں ٹوٹ جاتے ہیں، اور گا ہے یہ کری بذات خاص طولاً یا عرضاً چر جاتی ہے، جسکا نتیجہ یہ ہے کہ کُرّی کا کوئی حصہ بعض فوری اور دنعی حرکات کے دوران میں فخذ کے لقمتین اور قصبہ کے درمیان آکر اٹک جاتا ہے۔

علامات:۔ جب کرّی کا کوئی حصہ دونوں ہڈیوں کے درمیان آکر پھنس جاتا ہے، تو مفصل کے اندر شدید درد پیدا

---

[1] سیمی لیونر کارٹی لیج۔

ہوتا ہے، اور جوڑ قدرے انقباضی صورت میں قائم و ثابت ہوجاتا
ہے۔ اس کے بعد کاہے مریض خود چند دقائق کے بعد ٹانگ کو
سیدھی کرلیتا ہے، اور گاہے یہ حالت چند گھنٹے یا چند روز تک
قائم رہ جاتی ہے۔ جب کری خود بخود یا دستمال کے ذریعہ اس جگہ
سے نکل آتی ہے۔ تو اس وقت مفصل کے اندر "چخ" کی ایک آواز
پیدا ہوتی ہے۔ بطور نتیجہ کے غشاء زلالی میں التہاب لاحق ہوتا ہے
جو گاہے بار بار اعادہ کرتا ہے۔ عموماً مفصل کے اندرونی جانب کری
کے مقام پر ٹٹولنے سے تکلیف ہوتی ہے +

علاج:- (۱) پہلے حملہ کا علاج:- غضروف کو اپنی جگہ لانے
کے لئے کولہے اور گھٹنے کو پورے طور پر موڑنے کے بعد پنڈلی کو اندرونی
جانب تیزی سے (جھٹکے سے) گھمایا جائے (ساتھ ساتھ انگوٹھے کے ذریعہ
کری کو پیچھے کی طرف سے دبایا جائے) اور اس کے بعد پورے
طور پر پھیلا دیا جائے +

اسکے بعد حصول التحام کے لئے جبیرہ مؤخرہ لگا کر گھٹنے کو (دو
ماہ تک) بے حرکت رکھا جائے (تثبیت)، اور نطولات مبردہ
استعمال کئے جائیں، یہاں تک کہ التہاب دور ہوجائے، لیکن
حرکات قسریہ اور مالش تین ہفتہ کے بعد ہی سے شروع کردینی چاہئے۔

(۲) اگر اس کا بار بار اعادہ ہوتا ہو، یعنی کری ڈھیلی
ہوگئی ہو، اور اپنی جگہ سے بار بار ٹل جاتی ہو، تو بعض اوقات اس
تدبیر سے فائدہ حاصل ہوتا ہے کہ ٹانگ کو بے حرکت رکھا جائے،
اور گھٹنے کے دباؤ کے لئے گھٹنے کی لچکدار ٹوپی یا گھٹنے کی پٹی استعمال

کی جاتی ہے. بعض اوقات گھٹنے کی حرکات کو محدود کرنے کے لئے قفص الرکبہ[1] لگایا جاتا ہے. معمولی حالات میں عضلہ رباعیہ کی مالش اور ریاضت سے بھی فائدہ حاصل ہو جاتا ہے، کیونکہ اس تدبیر سے اس عضلہ کی قوت اور تناؤ میں اضافہ ہو جاتا ہے +

اگر یہ تدابیر ناکام ثابت ہوں، اور یہ تشخیص واضح طور پر ہو جائے کہ کری ٹلی ہوئی یا ٹوٹی ہوئی ہے، تو عملیت جراحیہ اختیار کی جائے تطہیر و تنظیف کا پورے طور پر خیال رکھا جائے ؛ مریض کو میز (طاولۃ العملیۃ) پر اس طرح لٹایا جائے کہ میز کے سرے سے اس کی ٹانگ زاویہ قائمہ بنا کر لٹکی رہے، اور عامل اس کے سامنے بیٹھے، اور اس کے قدم کو اپنے گھٹنوں کے بیچ میں دبا لے. ایک خمیدہ شگاف بنایا جائے جو رضفہ کے پہلو سے پیچھے کی طرف جائے، یا وہ شگاف قصبہ کی بلندی کے اوپر آڑا ہو ؛ اس کے بعد دوسرا گہرا شگاف کیس مفصلی میں رباط رضفی اور رباط جانبی انسی کے درمیان دوسرے نئے چاقو سے لگایا جائے (کیونکہ ممکن ہے کہ جلد کے جراثیم سے وہ چاقو آلودہ ہو گیا ہو) . اب ایک کُند شص (صِنّارہ) کے ذریعہ کری کی شکل اور حرکت معلوم کی جائے. اس کے بعد ٹوٹے ہوئے اور آزاد ٹکڑوں کو نکال لیا جائے. بعض اوقات ساری کری نکال لی جاتی ہے. پھر خون بند کیا جائے، باحتیاط تمام طبقہ بہ طبقہ مفصل کو بند کیا جائے، اور مواد کے بہاؤ کے لئے کوئی راستہ نہ رکھا جائے (نزح[2] - استفراغ) ، دو تین روز تک جبیرہ میں عضو

---

[1] ڈورے نیچ +

کو ساکن رکھا جائے. جب زخم مندمل ہو جائے، تو مالش اور حرکت کی اجازت دی جائے. مگر کم از کم دس سے چودہ روز تک مریض اپنے جسم کا بوجھ اس ٹانگ پر نہ ڈالے. عضلات کی پرورش کے لئے مناسب ریاضت کا خیال رکھا جائے +

خلوع مفصل کعب (ٹخنہ کے جوڑ کا اوکھڑنا)

یہ عموماً بلند مقام سے یا چلتی ہوئی گاڑی سے کودنے کے باعث پیدا ہوتے ہیں. ان کے رُخ مندرجہ ذیل ہوتے ہیں:- (۱) **باہر کیطرف** (۲) **اندر کیطرف**، (۳) **پیچھے کی طرف** (۴) **سامنے کی طرف**، اور (۵) **اوپر کی طرف**. یہ ترتیب انکی کثرت کے لحاظ سے ہے. یہ ایک حقیقت ہے کہ عظم الکعب بچر کے مانند اُس خانہ میں رہتا ہے جو قصبہ کبریٰ و صغریٰ کے زیریں سروں سے بنتا ہے، اسلئے یہ بدیہی ہے کہ ان خلعات میں ان ہڈیوں کے کسور بطور عوارض کے بکثرت ملتے ہیں +

(۱) ان میں سے **خلع وحشی و النسی** (جس میں ہڈی ٹل کر باہر یا اندر کی طرف چلی جاتی ہے) کا تذکرہ باب کسر میں (کسر پوٹ وغیرہ) آچکا ہے کیونکہ یہ دراصل "کسور خلعیہ" ہیں +

(۲) **خلع خلفی** گاہے بغیر کسر کے بھی ملتا ہے، اور گاہے دونوں کعب مکسور ہو جاتے ہیں. اور یہ صدمۂ غیر واصلہ سے پیدا ہوتا ہے (مثلاً کودتے ہوئے یا دوڑتے ہوئے قدم کے بل گرنا، یا قدم کے قائم رہنے کی صورت میں کسی صدمہ کا یک لخت پہونچنا). عظم الکعب کی مفصلی سطح قصبۂ کبریٰ کے سرے سے پیچھے چلی جاتی ہے، ایڑی غیر معمولی

طور پر پیچھے کی طرف اُبھری ہوئی نظر آتی ہے۔ قصبۂ کبریٰ کی مفصلی سطح عموماً عظم الکعب کی گردن، زورقی، اور عظام رسغیہ پر قیام پذیر ہوتی ہے +

(۳) **خلع قدامی** بہت کم وقوع پذیر ہوا کرتا ہے۔ اس میں پیر (قدم) لمبا ہو جاتا ہے، قصبۂ کبریٰ کا زیریں سرا عظم العقب کے پچھلے حصے پر، عظم العقب کے پیچھے، رہتا ہے، اور ایڑی کا اُبھار اور وتر العقب غائب سے ہو جاتے ہیں۔ یہ بغیر کسر کے بھی واقع ہوا کرتا ہے +

دونوں کا علاج:۔ مریض کو دوائے بیہوشی سے بیہوش کریں، تاکہ بدن کے عضلات ڈھیلے پڑ جائیں۔ اسکے بعد کھینچکر ہڈی کو اپنی جگہ بٹھا دیں۔ اگر اس کے ساتھ کسر بھی موجود ہو تو قدم کو پنڈلی کے ساتھ زاویۂ قائمہ پر قائم کر دینا چاہیئے۔ دوسرے ہی دن سے حرکات قسریہ اور مالش شروع کر دینی چاہیئے، بشرطیکہ کسر شریک نہ ہو۔ اور اگر کسر ساتھ ہو تو دس روز کے بعد +

(۴) **خلع علوی** (اوپر کی طرف) بہت قلیل الوقوع ہے۔ اس میں زیریں رباط بین القصبتین کا ٹوٹنا ضروری ہے، جس سے عظم الکعب قصبۂ کبریٰ و صغریٰ کے درمیان آجاتا ہے (اوپر چڑھ جاتا ہے)۔ یہ خلع جس طرح بہ آسانی پہچانا جاسکتا ہے، کیونکہ اسکا فساد شکل بہت نمایاں ہوتا ہے، اسی طرح اسکا علاج بھی آسان ہے +

تنہا عظم الکعب کا خلع

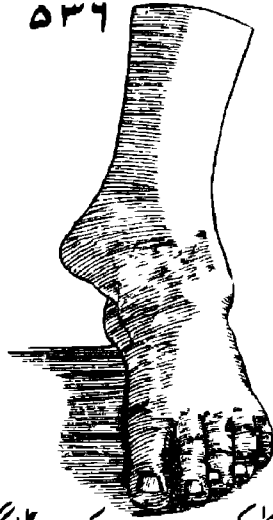
تنہا عظم الکعب کے خلع سے مراد یہ ہے کہ یہ اپنے تمام تعلقات کو چھوڑ کر، جو اسے پنڈلی اور قدم کی ہڈیوں کے ساتھ ہیں، کم و بیش

علیحدہ ہو جائے، اور قصبتین کے زیرین سرے کے قوس سے ٹل جائے چنانچہ یہ گاہے سامنے کی طرف، اور گاہے پیچھے کی طرف ٹل جاتا ہے، خواہ پہلوی جانب گھومے یا نہ گھومے۔ اس خلع کی دو قسمیں ہیں: کامل اور ناقص۔ عموماً یہ کم و بیش خلع مرکب کی شکل میں رونما ہوا کرتا ہے +

خلع قدامی (اگلی طرف)، زیادہ تر واقع ہوا کرتا ہے، اور اس صورت میں کچھ نہ کچھ پہلوی جانب ہڈی گھوم بھی جاتی ہے۔ اس میں میلان بمقابلہ اندرونی جانب کے بیرونی جانب زیادہ تر ہوا کرتا ہے جب یہ خلع کامل ہوتا ہے۔ تو یہ اپنے تمام تعلقات سے علیحدہ ہو جاتا ہے اور یہ بیرونی رسغی اور نردی کی بالائی سطح پہ پڑا رہتا ہے، اور اس کے اوپر کی جلد خوب کھچی ہوئی ہوتی، اور گاہے پھٹ جاتی ہے +

جب یہ خلع کامل نہیں ہوتا، تو عظم الکعب عظم زورقی سے اندر کی طرف، یا نردی سے باہر کی طرف لگا رہتا ہے، اور قصبۂ کبریٰ کا زیرین سرا عظم الکعب کی سطح مفصلی کے پچھلے نصف پر قیام پذیر ہوتا ہے۔

خلع خلفی (پچھلی طرف) تقریباً ہمیشہ کامل ہی ہوتا ہے، جس میں ہڈی گاہے گھوم بھی جاتی ہے، اور گاہے نہیں۔ یہ ہڈی آسانی کے ساتھ وتر العقب اور کعبین (دونوں گٹوں) کے درمیان ملموس ہو سکتی ہے +

علاج:- ردخلع محض خلوع غیر کاملہ میں ممکن ہے۔ مریض کو بیہوش کیا جائے، تاکہ عضلات ڈھیلے پڑ جائیں، یا وتر العقب کو کاٹ دیا جائے اور قدم سے تمدید کا عمل کیا جائے تاکہ جراح کو ہڈی پر مناسب سمت دباؤ ڈالنے کا موقعہ ملے۔ خلوع کاملہ میں ردخلع اس وجہ سے ناممکن

تصویر (۱۳۹)

عظم الکعب قصبۂ صغریٰ و کبریٰ کے درمیان اوپر کیطرف کھل گیا ہے، اور اسکا ظہور ضرب و آفت کے پانچ سال کے بعد ہوا ہے ۔

تصویر (۱۴۰)

عظم الکعب کا خلع وحشی

ہے کہ عظم العقب اوپر کی طرف کھنچکر قوس بَیْنَ الْکَعْبَیْن سے مل جاتا
ہے۔ ایسی حالت میں دستکاری کرنا بیکار رہے، اور ہڈی کا خارج کرنا ضروری
ہے۔ اس عملیت سے مقابلتًا قدم کے فعل میں خرابی ضرور آجاتی ہے +

خلع تحت الکعب کی اصطلاح سے مراد یہ ہے کہ عظم الکعب کے
سوا اس کے نیچے کی ساری ہڈیاں ٹل جاتی ہیں، اور یہ اپنی طبعی وضع میں
دونوں کٹوں کے درمیان قائم رہتا ہے۔ یہ قدم کے کسی شدید تناؤ
یا اینٹھن کا نتیجہ ہوتا ہے۔ میلان اگرچہ گاہے سامنے اور گاہے پیچھے
کی طرف ہوتا ہے، مگر اکثر صورتوں میں پیچھے اور اندر کی طرف یا پیچھے
اور باہر کی طرف ہوتا ہے۔ یہ خلع شاذونادر ہی کامل ہوتا ہے، لیکن
عظم الکعب کے سرکی اور زورقی کی مفصلی سطحیں پورے طور پر علحدہ
ہوجاتی ہیں؛ چنانچہ عظم الکعب کا سر زورقی کی بالائی سطح (سطح ظہری)
پر قیام پذیر ہوتا ہے۔ قدم کی شکل بُرے طور پر بگڑ جاتی ہے، اگلا
حصہ چھوٹا ہوجاتا ہے، ایڑی ابھر آتی ہے، اور انگلیاں نیچے جھک
جاتی ہیں۔ عظم الکعب کا سر گولے کے مانند تنی ہوئی جلد کے نیچے
ابھر آتا ہے +

اس قسم کے ایک مرکب خلع کو بعد الموت دیکھا گیا تھا؛ اس میں
عظم الکعب کی زیرین سطح کے اندرونی کنارے سے جلد پھٹ گئی تھی،
عروق و اعصاب مجروح ہوگئے تھے، یا کچلے ہوئے تھے، اور باوجودیکہ
جلدی جراحت کو کشادہ کر دیا گیا تھا، مگر پھر بھی رد خلع اس وجہ سے
ناممکن ہوگیا تھا کہ عظم الکعب کی گردن کے گرد اوتار پھنسے ہوئے تھے +

لہ میلی اوٹر آرچ + | ٹہ سب اسٹرا گیلا ئڈ ڈسلوکے شن +

ایسی صورتوں میں سوائے اس کے اور کوئی طریقۂ علاج نہیں ہے کہ عظم الکعب کو نکال لیا جائے ۔

خلوع انسیہ میں قدم کسی قدر اندر کی طرف مڑ جاتا ہے، اسلئے بیرونی گٹہ زیادہ ابھر جاتا ہے، اور اندرونی گٹہ ایک گہرے نشیب میں غائب ہو جاتا ہے، یہ نشیب اس وجہ سے پیدا ہوتا ہے کہ عظم العقب پہلو کی جانب ٹل جاتا ہے۔ اس طرح قدم کی وضع قدم قفدا رفدعا رسے کسی قدر مشابہ ہو جاتی ہے +

خلوع وحشیہ میں قدم باہر کی طرف مڑ جاتا ہے۔ اندرونی گٹہ ابھر آتا۔ اور بیرونی غائب ہو جاتا ہے۔ اس طرح قدم کی شکل قدم قفدا رو کعار سے مشابہ ہو جاتی ہے +

دونوں صورتوں میں وتر العقب خمیدہ ہو جاتا ہے، اس خم کی تقعیر کا رُخ خلع (میلان) کی جانب (باہر کی طرف یا اندر کی طرف) ہوتا ہے +

علاج:- دستمال سے رد خلع کیا جائے، جو بعض اوقات بہت جلد حاصل ہو جاتا ہے، لیکن بعض اوقات اس میں بہت دشواری غالباً اس وجہ سے لاحق ہوتی ہے کہ عظم الکعب کی گردن کی گرد اوتار آ جاتے ہیں۔ بعض اوقات وتر العقب کو کاٹنا پڑتا ہے۔ زیادہ دشوار صورتوں میں گاہے عظم الکعب کو نکال ڈالا جاتا ہے، اور جب نرم ساختوں میں بہت زیادہ آفتیں شریک ہوتی ہیں، تو عمل بتر کرنا پڑتا ہے +

---

۵۱ ٹیلی پیزا ایکو نو ویرس +	۵۲ ٹیلی پیزا ایکو نو ولگس +

امراض مفاصل

التہاب[1] زلالی حاد

کیفیت مرض:- اس صورت میں التہاب صرف غشاء زلالی میں ہوتا ہے، بالفاظ دیگر التہاب زلالی کی اصطلاح اُس وقت بولی جاتی ہے جبکہ التہاب صرف غشاء زلالی میں ہوتا ہے۔

اسباب:- آفت (ضرب) اور بعض امراض مثلاً سوزاک وجع مفاصل حمیات[2] نوعیہ (عفونیہ) نقرس اور آتشک جیسے امراض میں غشاء زلالی ملتہب ہو جاتی ہے +

التہاب حاد کے معمولی تغیرات اس میں بھی رونما ہوتے ہیں ابتدا میں احتقان دموی کی وجہ سے غشاء میں رطوبات کا ترشح بڑھ جاتا ہے، بعدازاں یہی تغیرات مفصل میں بھی ہونے لگتے ہیں، یعنی مفصل کے اندر رطوبات کا اجتماع ہو جاتا ہے، جن سے مفصل پُر ہو جاتا ہے +

اس رطوبت میں سائل دموی[3]، سفید دانے (خلیات[4] بیضاء)

---

[1] اکیوٹ سائی نووائی ٹس (جوڑوں کی لبنی جھلیوں کا ورم حاد) +

[2] اس پے سی فک فیورز +

[3] پلازما (سائل دموی) +

[4] لیوکو سائٹس +

اور قدرے رطوبت[1] زلالی ہوتی ہے۔ رطوبت مائیہ (رطوبت لمفاویہ) جیسے سائل دموی سے مترشح ہو کر مفصل میں جمع ہو جاتی ہے۔ انجام کار اس کی دو صورتیں ہوتی ہیں، (۱) یا تو وہ جذب ہو جاتی ہے۔ (۲) یا منجمد ہو کر اور ساخت کی شکل میں تبدیل ہو کر مفصل میں التصاق پیدا کر دیتی ہے (یہ انجماد مادہ لیفیہ کی وجہ سے ہوتا ہے، جو کہ اس رطوبت میں موجود ہوتا ہے۔ یہ بہت ممکن ہے کہ علاج جلد شروع کر دینے سے یہ رطوبت قطعی طور سے جذب ہو جائے۔ لیکن اگر مادہ لیفیہ منجمد ہو کر مفصل میں قائم ہو جائے۔ اور ایک عرصہ تک یہی صورت رہ جائے۔ تو اس لیفی ساخت میں جدید طور پر عروق شعریہ پیدا ہو کر اس کی دائمی زندگی کی ضامن ہو جائیں گی) +

علامات:۔ مفصل گرم۔ متورم اور دردناک ہو جاتا ہے۔ مریض مفصل کو ایسی وضع میں رکھتا ہے۔ جس سے فضاء مفصل میں (ترشحات التہابیہ کے اجتماع کے لئے) زیادہ سے زیادہ گنجائش ہو سکے۔ چنانچہ مفصل کو قدرے انقباضی وضع میں رکھتا ہے (تاکہ رطوبات کم سے کم ایذا پہونچا سکیں) مفصل کے عضلات محرکہ بہت سرعت سے دُبلے ہونے شروع ہو جاتے ہیں۔ اس لاغری کا سبب محض یہی نہیں کہ تکلیف کی وجہ سے ان کے عمل میں خلل آجاتا ہے۔ بلکہ گمان غالب یہ ہے کہ مفصل کی خرابی کی وجہ سے ان کے مراکز غذائیہ[2] میں جو نخاع میں ہوتے ہیں، ایک طرح کی انعکاسی مزاحمت واقع ہو جاتی ہے۔ ابتدائی درجہ حدت گذر جانے کے بعد چونکہ

---

[1] سائنو ویل فلوئڈ +

[2] مراکز غذائیہ۔ ٹروفک سنٹرز +

مفصل کے رباطات نرم اور مسترخی ہوجاتے ہیں، اس لئے مفصل کم و بیش عرصہ کے بعد کمزور ہوجاتا ہے. گا ہے مفصل کے اندرونی التصاقات مفصل کو متحجر اور درد انگیز کر دیتے ہیں +

علاج :- **مفصل کا مکمل سکون** نہایت ضروری ہے. عضو ماؤف کو کسی مناسب جبیرے کے ساتھ اس طرح قائم کر دینا چاہئے کہ اگر اندرونی التصاقات واقع بھی ہوجائیں، تو مفصل ایک اچھی وضع میں رہے. مثلاً کلائی کو کہنی سے موڑ کر اور ٹانگ کو گھٹنے پر قدرے منقبض کرکے رکھنا چاہئے) مقامی احتقان کو کم کرنے کے لئے عضو ماؤف کو اونچا رکھیں. اور اس پر گرم تکمید و تنطیل کرتے رہیں، یا علاج اس طرح شروع کریں کہ مقام ماؤف پر مناسب تعداد میں جونکیں لگوائیں، ان تدابیر سے جب درد میں تسکین ہوجائے تو مفصل کو مضبوط پٹی سے کس کر باندھ دینا چاہئے، کیونکہ مقامی دباؤ سے رطوبت کے انجذاب میں بہت کچھ اعانت ہوگی +

مفصل کو التصاقات سے روکنے کے لئے اس کے چند روز بعد ہی حرکات قسریہ اور مالش شروع کر دینی چاہئے. اگر التصاقات مستحکم ہوجائیں. تو مریض کو دوا ء بے ہوشی (کلوروفارم) سنگھا کر انہیں توڑ دینا چاہئے +

التہاب[1] زلالی مزمن

کیفیت مرض :- التہاب کی یہ قسم یا تو التہاب زلالی حاد

[1] التہاب زلالی مزمن (کرانک سائنو وائی ٹس) +

کا نتیجہ ہوتی ہے، یا ابتدا ہی سے مزمن انداز لئے ہوئے پیدا ہوتی ہے +

اسباب:- التہاب زلالی مزمن کے امکانی اسباب حسب ذیل ہوا کرتے ہیں :-

(۱) موچ آجانا (موچ آجانے کے بعد مفصل میں التہاب ہوجاتا ہے، جو مناسب علاج سے رفع ہوجاتا ہے لیکن اگر موچ بار بار آئے تو مفصل کے اندر مزمن التہاب کی علامات شروع ہوجاتی ہیں) (۲) مفصل کا کثرت سے استعمال کرنا (۳) غشار زلالی کی جھالروں کی غیر معمولی زیادتی (۴) مفصل میں کسی جسم غریب کا پڑا رہ جانا (جیسے کسی چوٹ یا صدمے کی وجہ سے غضروف مفصلی کے ٹکڑے جدا ہوکر مفصل کے اندر جسم غریب کے طور پر پڑے رہ جائیں، اور خراش پیدا کرکے مزمن التہاب کو شروع کردیں)۔ (۵) یا کسی عفونی مرکز سے سمیت (سمین) کا انجذاب، جیسا کہ تقیح اللثہ وغیرہ میں ہوتا ہے۔ (۶) مفصل کے اندر کی کڑی کا چوٹ کھا جانا +

علامات :- اس مزمن التہاب میں بھی مفصل میں ارتشاح رطوبات ہوتا ہے۔ غشار زلالی متورم ہوجاتی ہے (جس کی وجہ سے مفصل میں سوجن پیدا ہوجاتی ہے۔ جب مفصل میں رطوبات کا ترشح بڑھ جاتا ہے تو مشارکت کی وجہ سے متعلقہ اکیاس[1] زلالیہ بھی پھول جاتے ہیں۔ اگر یہ رطوبات کچھ عرصہ مفصل میں پڑی رہیں تو مفصلی رباطات نرم و مسترخی ہوجاتے ہیں۔ جن کی وجہ سے مفصل

[1] سائنوویل برسی +

ہمیشہ کے لئے کمزور اور بے کار ہو جاتا ہے ۔

علاج :- التہاب زلالی مزمن کا علاج دقت طلب ہے۔ جہاں تک ممکن ہو سبب کو معلوم کرکے اس کے ازالہ کی کوشش کرنی چاہیئے موجودہ رطوبت کو کم کرنے کے لئے مناسب تدابیر اختیار کرنے چاہئیں۔ یعنی مفصل کو کسی مناسب جبیرے میں قائم کرکے اسے بلند کر دیا جائے۔ سطح مفصل پر آبلے اٹھائے جائیں۔ بعد ازاں مفصل پر مالش کرکے اسے کس کر پٹی سے باندھ دیا جائے ۔

مذکورہ بالا تدابیر سے جب رطوبت کی مقدار بہت کم یا بالکل غائب ہو جائے تو مفصل کو اِسادہ اسکاٹ[1] استعمال کرنے کے بعد پٹی باندھ دینی چاہیئے۔ اس کے بعد اگر مفصل میں دوبارہ رطوبت بھر آئے، تو مفصل کو بذریعہ شگاف کھولکر معمولی سیال نمکین یا کسی ہلکے دافع تعفن غسول سے صاف کر دینا چاہیئے (غسولات کے اندر یہ احتیاط نہایت ضروری ہے کہ جو غسول استعمال کیا جائے۔ وہ بذات خود اتنا تیز نہ ہو کہ مفصل میں اور خراش پیدا کر دے۔ ہلکا غسول بورقی (بورک لوشن) معمولی سیال نمکین یا $\frac{1}{5000}$ ہزار قوت کا غسول سیمابی (مرکری لوشن) اس مقصد کے لئے بہترین غسول ہیں۔ اگر کسی وجہ سے مفصل کو کھولا نہ جائے تو اس کے زیریں حصے میں ایک سوراخ کرکے اخراج مواد کا انتظام کرنا چاہیئے ، لیکن یہ احتیاط نہایت ضروری ہے کہ خرقہ[2] کی بتی یا ربڑ کی

---

[1] اِسادہ اسکاٹ (اسکاٹ ڈریسنگ) اس اسادہ میں مرہم سیماب مرکب (کمپونڈ مرکری آئنٹ منٹ) استعمال کیا جاتا ہے ۔ [2] خرقہ (گاز) ۔

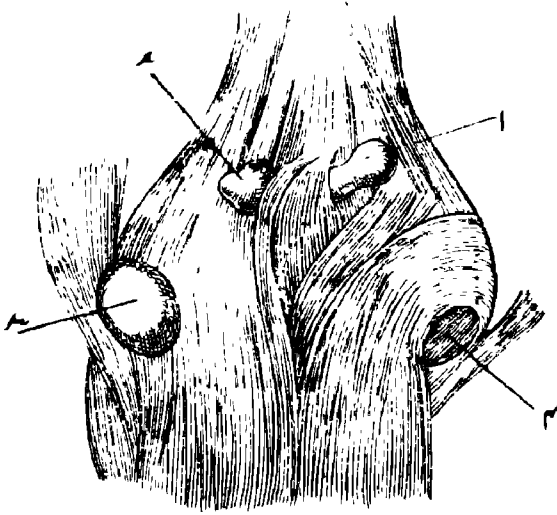
نلکی غشار زلالی تک ہی پہونچے ۔ اور مفصل کے اندر نہ جائے ورنہ مفصل
میں التصاق پیدا ہوجائیگا۔ لیکن بہتر طریقہ یہی ہے کہ مفصل میں کھلا
شگاف لگاکر اسے اچھی طرح دھوتے رہیں) اگر متورم غشار زلالی کی
جھالریں پائی جائیں، تو انہیں کاٹ دینا چاہیئے۔ بعدازاں مفصل کو
بالکل بند کردینا چاہیئے (یعنی اخراج مواد کے انتظام کے لئے کوئی
نلکی وغیرہ نہ رکھنی چاہیئے) +

استسقاءِ مفصلی۔

یا مفصل کا امتلاء رطوبی مزمن، یعنی مفصل کے اندر رطوبت کا
بھر جانا، اس مرض کے اسباب حسب ذیل ہوتے ہیں :-
(۱) التہاب زلالی مزمن رطوبی (۲) التہاب عظمی مفصلی (۳)
مرض شارکوٹ (۴) التہاب زلالی جو ثانوی آتشک کی وجہ سے ہو۔(۵)
شاذونادر التہاب زلالی درنی بھی اس کا باعث ہوا کرتا ہے۔
یہ چونکہ دوسرے امراض کے عرض کے طور پر پیدا ہوتا ہے
اسلیئے اصل مرض کا علاج کرنا چاہیئے +

فتق مفصلی (اکیاسٹ بیکر)

کیفیت مرض:۔ غشار زلالی کے وہ زوائد ہیں جو فتق اعار

[1] ہائیڈرو آرتھروسس (جوڑوں میں پانی کا اکٹھا ہوجانا)	[4] شارکوٹس ڈیزیز +
[2] کرانک سائنووائیٹس ود انیوژن +	[5] سکنڈری سفلیٹک سائنووائیٹس +
[3] آسٹیو آرتھرائیٹس +	[6] ٹیوبرکولس سائنووائیٹس +
	[7] بیکرس سسٹ +

تصویر (۱۴۱)

نتق مفصلی (اکیاس بیکر)

کی طرح ثقیلیوں کی صورت میں مفصلی کیسہ کے کسی سوراخ کی راہ جوف مفصل سے باہر نکل آتے ہیں +

اسباب:- اس مرض کا سبب عموماً التہاب عظمی مفصلی یا مرض درنی ہوا کرتا ہے، جسکے ساتھ رطوبت کا انصباب بھی ہو۔ یہ ثقیلی جو رطوبت زلالی سے پیدا ہوتی ہے گا ہے عضلی طبقات کے اندر اندر دور تک پہونچ جاتی ہے جو گا ہے سطح پر نمودار ہوجاتی ہے، اور بعض اوقات آخر میں ان ثقیلیوں کا سلسلہ مفصل سے منقطع ہوجاتا، اور درمیانی راستہ بند ہوجاتا ہے +

علاج:- اگر یہ کسی قسم کی تکلیف پیدا کریں۔ تو انہیں نکال دینا چاہیے +

التہاب[1] مفصلی حاد

التہاب مفصلی سے مراد وہ التہاب ہے جو مفصل کی تمام ساختوں میں عام ہو +

اسباب:- التہاب مفصلی حاد کا سبب ہمیشہ جراثیم صدید یہ[2] ہوا کرتے ہیں۔ چنانچہ مفصل تک جراثیم کے پہونچنے کی متعدد صورتیں ہیں (۱) گا ہے مفصل کے اندر کسی بیرونی زخم کے ذریعہ جراثیم داخل ہوجاتے ہیں۔ (۲) گا ہے بغیر کسی قسم کے زخم کے بھی تقیح الدم یا التہاب گردوسی حاد جیسے امراض میں جراثیم پہونچ جاتے ہیں +

(۳) گا ہے عدوی ذاتی کے ذریعہ بھی یہ صورت واقع ہوتی ہے

[1] اکیوٹ آرتھرائی ٹس +	[2] پایوجے نک آرگے نزم +

بشرطیکہ مفصل کی قوت حیات کمزور ہو، اور جراثیم دوران خون میں تیرتے پھرتے ہوں۔ یہ گاہے مرض سوزاک کا نتیجہ ہوتا ہے، اور گاہے کسی متصلہ ہڈی کے سرے کا التہاب بڑھکر مفصل کو ماؤف کر دیتا ہے +

علامات:- (۱) مریض ماؤف مفصل میں نہایت شدید درد محسوس کرتا ہے (۲) اسے بخار ہو جاتا ہے (۳) مفصل کے اندر رطوبت بھر جاتی ہے۔ جو بہت جلد پیپ میں متغیر ہو جاتی ہے۔ (۴) مفصل کے قرب وجوار کی تمام ساختیں متہیج ہو جاتی ہیں۔ مفصل عضلی انقباض کی وجہ سے عموماً نیم انقباضی وضع میں قائم ہو جاتا ہے، جو مریض کے لئے سب سے آرام دہ حالت ہوتی ہے۔ کیونکہ اس وضع میں فضاء مفصل وسیع ترین بن جاتی ہے۔ اجتماع رطوبات کے لئے کافی گنجائش دے سکتی ہے۔ اگر مرض اس سے تجاوز کر جائے تو پیپ کیس مفصلی کو شق کرکے عضلی طبقات کے درمیان دور تک چلی جاتی ہے، اور گاہے بیرونی سطح پر پھوٹ نکلتی ہے۔

اس مرض کی تشخیصی علامت یہ ہے کہ رات کو مفصل میں ایک مخصوص تشنجی درد ہوتا ہے جب تک مریض بیدار رہتا ہے عضلی انقباض مفصلی سطحوں کو آپس میں رگڑ کھانے سے روکے رکھتا ہے۔ لیکن جیسے ہی اسپر نیند طاری ہوتی ہے، عضلات ڈھیلے پڑ جاتے ہیں اور مفصلی سطحیں باہم رگڑ کھانے لگتی ہیں جس کی وجہ سے سخت درد پیدا ہوجاتا ہے اور مریض درد سے چونک کر اٹھ بیٹھتا ہے۔ اور عضلات کو پھر

لہ اسٹارٹنگ پین (وہ درد، جسکے ساتھ عضلات میں تشنج یا اینٹھن بھی ہو) +

تشنجی حالت میں کر لیتا ہے +

اس مرض کے آخیر درجات میں رباطاتِ مفصل انصباب مواد کی وجہ سے نرم ہو جاتے ہیں، جس کی وجہ سے مفصل غیر طبعی حرکات کے روکنے پر قادر نہیں رہتا۔ غضروف مفصلی کی سطح پر قروح پیدا ہو جاتے ہیں، (اور رفتہ رفتہ یہ غضروفی ساخت غائب ہو جاتی ہے) ہڈیاں بوسیدہ[۵] ہو جاتی ہیں (نخر) اندریں صورت گاہے مفصل میں خلع واقع ہو جاتا ہے۔ انجام کار تسمم الدم یا تقیح الدم کی وجہ سے مریض نڈھال ہو جاتا ہے +

انجام مرض: (۱) مرض کے ابتدائی درجات میں حملہ مرض کے ہوتے ہی فوراً علاج شروع کر دینے سے کلی صحت حاصل ہو جاتی ہے اور مفصل کی حرکت بھی لوٹ آتی ہے۔ (۲) التہاب رفع ہو جانے کے بعد اکثر اوقات مفصل میں تحجر ہو جاتا ہے۔ (۳) گاہے اس مرض کا انجام موت ہوتا ہے، جسکا سبب تسمم الدم، یا تقیح الدم ہوتا ہے، یا اسکا سبب مزمن تقیح ہوتا ہے، جو انجام کار فساد نشائی میں بدل جاتا ہے +

تغیرات مرضیہ:۔ مفصل کی غشاء زلالی میں احتقان دموی (امتلاء دموی) ہوتا ہے، اور اس سے رطوبت زلالی اور پیپ مترشح ہونے لگتی ہے۔ غضروف مفصلی متورم (ملتہب) نرم اور متقرح ہو جاتی ہے۔ (یہ قروح بتدریج پھیلتے جاتے ہیں۔ یہاں تک کہ غضروفی ساخت کا بیشتر حصہ غائب ہو جاتا ہے۔ اور اس کی جگہ انگوری ساخت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس انگوری ساخت کے نیچے کی ہڈی بھی متورم

[۵] انکائی لوسس + 		۵۲ امیلا ئڈ ڈیزیز ۱۰

ہو جاتی ہے اور اس میں نخر (بوسیدگی) واقع ہو جاتا ہے، اور مفصلی سطح کے کناروں پر زوائد عظمیہ (نتوات عظمیہ) بن جاتے ہیں۔ مفصل کے رباطات نرم پڑ جاتے ہیں، جس کی وجہ سے گاہے خلع بآسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ اور عضلات میں نقص تغذیہ کی وجہ سے بہت جلد ضمور (ہزال) پیدا ہو جاتا ہے۔

علاج:۔ التہاب[۱] مفصلی تقیحی[۲] حاد کی تمام مشتبہ صورتوں میں تطہیر کی پوری احتیاط کے ساتھ مفصل سے بذریعہ عمل[۳] امتصاص (شفط) کے پیپ نکال دینی چاہیے۔ اس طرح مفصل سے جو مادّہ حاصل ہو اس کا جراثیمی معائنہ کرنا چاہیے۔ اس کے بعد جو علاج کیا جائے وہ اس جراثیمی تحقیق پر مبنی اور اس کے مطابق ہو۔ بعض صورتوں میں یعنی جبکہ کرویات[۴] ذات الریہ مرض کا باعث ہوں تو مفصل کو کھول کر ہلکے مانع عفونت غسولات سے دھونا اور دھونے کے بعد غشائی زلالی کو ٹانکے لگا کر زخم کو قطعی طور سے بند کر دینا چاہیے۔ اور مفصل کو مناسب جبیروں کے ساتھ قائم کر دینا چاہیے۔ برخلاف اسکے اگر کرویات[۵] عقدیہ اس التہاب کا باعث ہوئے ہوں۔ تو عموماً مفصل میں ایک کھلے شگاف کی احتیاج ہوتی ہے۔ اور مفصل کو کارل ڈکن کے طریقے سے مسلسل دھونا پڑتا ہے۔ اس خیال سے کہ صحت کے بعد جوڑ میں تحجر نہ واقع ہو، مناسب ہے کہ مریض زیادہ عرصہ تک مفصل کو بے حرکت نہ رکھے، بلکہ جلد ہی تحریک شروع کر دے، اور

---

[۱] آسٹیو فائٹس (زوائد عظمیہ) +	[۳] اسپائی ریشن +
[۲] اکیوٹ سپوریٹو آرتھرائٹس +	[۴] نیموکاکس + [۵] اسٹریپٹوکاکس +

اسے کسی قدر پھیلاتا رہے۔ اسی طرح مفصل کو جبیروں کے ساتھ ایسی وضع میں رکھا جائے، کہ صحت ہونے کے بعد اگر مفصل میں تحجر واقع ہو، تو وہ اچھی صورت میں رہے۔

گاہے مفاصل کی بُری وضع کی اصلاح کے لئے یا عفونت کے علاج کے لئے مفاصل کے بعض اجزاء کو کاٹ کر خارج کرنا پڑتا ہے۔

اگر تسمم الدم یا تقیح الدم کی وجہ سے مریض کی جان خطرے میں ہو تو اس صورت میں عمل بتر کرنا ضروری ہوگا۔

التہاب زلالی اور التہاب مفصلی کے مخصوص اقسام

التہاب زلالی حداری (وجع مفاصل کی وجہ سے)۔

علامات:۔ (۱) مریض کو بخار ہو جاتا ہے۔ (۲) اس کے بدن سے ترش پسینہ نکلتا ہے (۳) اور متعدد مفاصل میں یکے بعد دیگرے التہاب پیدا ہونے کی قابلیت ہوتی ہے۔ (۴) التہاب زلالی حداری مزمن میں گاہے آخر کار رباطات مفصل موٹے ہو جاتے ہیں اور (۵) حرکات مفصل کم و بیش مختل ہو جاتی ہیں۔

علاج[ل] :۔ اس کا علاج طبی یعنی بذریعہ ادویہ کیا جاتا ہے۔ نطرونیم

ل جدید علاج :۔ حال ہی میں ایک مخصوص دوا نکلی ہے، جسکا نام کارخانہ نے انگریزی میں رہیومے ٹک فائی لاکوجن رکھا ہے، (رہیومے ٹک گٹھئے کی) جو بذریعہ تحت الجلد پچکاری کے دیجاتی ہے۔ اس کی پہلی پچکاری نصف ماشہ (نصف مکعب سنٹی میٹر) کی ہوتی ہے اور دوسری ایک ماشہ کی۔ یعنی نصف ماشہ (نصف مکعب سنٹی میٹر) سے شروع کرکے روزانہ نصف نصف ماشہ اضافہ کرتے جائیں۔ اور پانچ ماشہ (پانچ سی سی) تک بڑھائیں۔ یہ پچکاری روزانہ (باقی صفحہ ۵۵۰ پر)

صفصاف آگین (سوڈا سیلی سلاس) اس مرض کے لئے ایک مخصوص اثر رکھتا ہے (اور خوبی یہ ہے کہ مریض کافی مقداریں اسے برداشت کرلیتا ہے) دس رتی فی خوراک کی مقداریں ہر چار گھنٹے کے بعد دینا شروع کریں یہانتک کہ درد میں سکون ہوجاسے اور مفاصل پر نطرونیہ (سوڈا) کا گرم نطول کریں +

التہاب زلالی حداری مزمن کی صورتوں میں قلویہ بنفشی آمیز (پوٹاشیم آئیوڈائیڈ) کا استعمال کریں۔ علاوہ ازیں اس کے لئے عمل امالہ (تہیج مقابل[1]) اور حمام حار معرق بھی مفید ترین تدابیر ہیں +

(۲) التہاب[2] مفاصل نقرسی :-

یہ مرض عموماً رات کے وقت دفعۃً شروع ہوا کرتا ہے۔ اور اس کا ابتدائی حملہ پاؤں کے انگوٹھے کے مفصل[3] مشطی سلامی میں ہوتا ہے۔ مفصل کے آس پاس کی نرم ساختیں متورم ہوجاتی ہیں۔ مفصل کی جلد کا رنگ نیلگوں سُرخ اور چمکیلا ہوجاتا ہے، مفصل کا درد ناقابل برداشت ہوتا ہے۔ اور حملۂ مرض کا اثر بتدریج چند روز میں روبہ اصلاح ہوجاتا ہے +

(بقیہ حاشیہ صفحہ ۵۴۹)۔ لگائی جاتی ہے۔ اگر پچکاریوں کے دوران میں ردعمل یعنی مریض کو بخار وغیرہ ہوجائے۔ تو پچکاری لگانا موقوف کردیں، یا اس کی مقدار کم کردیں یا ایک دن ناغہ سے لگانا شروع کریں +

[1] کونٹرا اری ٹے شن

[2] گاؤٹی ارتھرائٹس

[3] میٹا ٹارسو فے لنجیل جائنٹ +

علاج:۔ گرم تنطیل کرنی چاہیئے اور داخلی طور پر سورنجان (کاپچی کم) کے مرکبات استعمال کرنے چاہئیں +

(۳) التہابِ زلالی تقیحی (تقیح الدم کیوجہ سے)

کیفیت مرض:۔ یہ التہاب مفصل کے اندر عفونی شدہ کے ٹھہر جانے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ جو مفصل کو بہت جلد پیپ سے بھر دیتا ہے +

علاج:۔ اگر مفصل کو فورًا کھول کر پیپ نکال دی جائے اور اندر سے اچھی طرح دھو کر اخراج مواد کا انتظام کر دیا جائے تو ممکن ہے کہ مفصل کار آمد رہ سکے (ورنہ بہت جلد مفصل کی ساختیں خراب ہونا شروع ہو جاتی ہیں۔ اور اچھی صحت کا امکان جاتا رہتا ہے۔ اور مفصل میں التصاق ہو جاتا ہے) +

(۴) جراثیم حمائے مِعَوِیّہ (ٹیفودیہ) سے التہاب مفصلی وزلالی:۔

کیفیت مرض:۔ شاذو نادر حمائے معویہ کے عصی بھی غشار زلالی یا پورے مفصل میں التہاب پیدا کر دیتے ہیں۔ (یہ التہاب عمومًا مرض کے تیسرے ہفتہ میں پیدا ہوتا ہے۔ لیکن بعض دفعہ اسکے بعد بھی پایا گیا ہے) +

علاج:۔ حمی معویہ کا اصولی علاج کریں +

لـہ نومن ٹے شن +	۳ـہ سپ ٹک امبولس +
۲ـہ پائی مک سائی نووائی ٹس +	۴ـہ ٹائی فائڈ فیور +

(۵) التہاب مفصلی کرویات ذات الریہ کی وجہ سے:-
کبھی کبھی کرویات ذات[1] الریہ بھی التہاب مفصلی کا باعث ہوتے ہیں +

علاج:- ذات الریہ کا علاج کریں۔ لیکن اس صورت میں مصل ضد کرویات[2] ذات الریہ کی پچکاری مفید ہوتی ہے +

جوڑوں کا مرض[3] سوزاکی (مرض زہری)

کیفیت:- یہ صورت بعض اوقات مجرای بول کے سوزاکی التہاب میں ظاہر ہوا کرتی ہے۔ (جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جراثیم سوزاکی دوران خون میں شامل ہو کر مفصل میں پہونچ جاتے ہیں) ایک یا ایک سے زیادہ مفاصل خصوصاً گھٹنے ٹخنے اور پہونچے پر اس کا حملہ ہوا کرتا ہے +

اس کی تین قسمیں ہیں +

ایک قسم میں التہاب زلالی حاد واقع ہوتا ہے، جس میں ابتدا ہی سے درد ہوتا ہے، اور رطوبات کا معمولی طور پر انصباب ہوتا ہے، لیکن پیپ نہیں پڑتی +

دوسری قسم میں التہاب زلالی تحت الحاد واقع ہوتا ہے جس میں بہ نسبت حاد کے ترشحات التہابیہ (رطوبات) کا اجتماع زیادہ ہوتا ہے +

[1] نیوموکاکس +
[2] اینٹی نیوموکاکل سیرم +
[3] گنوریل ڈیزیز +

تیسری قسم میں مفصل کے اجزاء محیطہ میں مرضی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں، اوذیما یا تہیج پیدا کرنے والے مواد کے انصباب کی وجہ سے رباطات اور کیس مفصلی متورم اور نرم ہو جاتے ہیں یہ مرض عام طور پر بہت پریشان کن ہوتا ہے۔ اور علاج کرنے سے بآسانی قابو میں نہیں آتا۔ اس لئے اس مرض کا انجام تحجر اور خلع کی صورت میں ہونا کوئی غیر معمولی بات نہیں ہے +

علاج:- مجری بول سے جو مواد خارج ہو رہے ہیں، جلد تر اسکی اصلاح و تدبیر کی جائے +

مفصل کو سکون دیں اور اس پر نطولات و تکمیدات استعمال کریں۔ جب درد میں قدرے سکون ہو جائے، تو اس مقصد کے لئے کہ زیادہ مواد جمع نہ ہونے پائیں، جوڑوں پر دباؤ ڈالیں۔ اس مقصد کے لئے مفصل کو پٹی سے کس کر باندھ دیں + شدید صورتوں میں بہتر یہ ہے کہ مفصل کو بذریعہ شگاف کھول کر اسے دھوئیں، بعد ازاں اخراج مواد کا انتظام کئے بغیر اسے بند کر دیں۔ سوزاک کی تلقیح[1] کی غیر سمی پچکاریوں سے بھی بہتر نتائج مترتب ہوا کرتے ہیں۔

---

[1] شروع میں بازاری تلقیح استعمال کریں۔ لیکن جسقدر جلد ممکن ہو۔ ذاتی تلقیح تیار کر کے اس کی پچکاریاں لگائیں۔ کہا جاتا ہے کہ سوزاک کی فائی لاکوجن کی پچکاریاں بھی تلقیح کے برابر اثر رکھتی ہیں +

مفاصل کا مرضِ درنی (مرضِ سلّ)[1]

(۱) التہاب مفصلی درنی:۔ مفصل میں یہ مرض تین طور پر ہوتا ہے (الف) غشاء زلالی سے اس کی ابتدار ہوتی ہے، یا (ب) ہڈی کے کردوسہ سے اس کی ابتدار ہوتی ہے، یا (ج) غشاء العظم سے پھیل کر غشاء زلالی تک پہونچ جاتا ہے +

اسباب:۔ اس مرض کا سبب عصّی درنی نامی جراثیم ہوتے ہیں۔ جو ذی استعداد مریض کے جسم میں پرورش پانے لگتے ہیں۔ یہ استعداد گاہے توارث کے ذریعہ پہونچتی ہے اور گاہے عام بدنی صحت کی کمزوری کی وجہ سے۔ بعض اوقات کسی مقام پر خفیف سی چوٹ لگ جانے سے قوت حیوانیہ (قوتِ مناعت) اتنی کمزور ہو جاتی ہے۔ کہ عصی درنی وہاں نمو پاکر مرض کی ابتدار کر دیتے ہیں +

تغیرات مرضیہ:۔ حسب قاعدہ کسی ایک مقام سے درن (دانہ) کا بننا شروع ہوا کرتا ہے، جو ایک عرصہ کے بعد ہی عمومی صورت میں نمودار ہو سکتا ہے۔ چنانچہ غشاء زلالی میں اوّل ان (عصی درنی کے دانے) ابتدائً نمودار ہوتے ہیں، پھر ان میں تجبّن[2] شروع ہو جاتا ہے، پھر یہ دانے بڑھکر باہم مل جاتے ہیں۔ جو بالآخر تجویف مفصل میں پھوٹ پڑتے ہیں، جس سے عمومی عدوئی (تلوث عام)[3] ہو جاتا ہے

[1] ٹیوبرکولر ڈیزیز آف جائنٹز + [2] کیسی اے شن +

[3] ٹیوبرکل بے سی لس +

اسی اثنار میں غشار زلالی دبیز ہو جاتی ہے۔ اور غضروف مفصلی کے کناروں کے قریب جھالریں بنالیتی ہے۔ پھر غشار زلالی انگوری ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ اور یہ انگوری ساخت بڑھ کر غضروف مفصلی کو متقرح کرکے گلا دیتی ہے۔ اس طرح عمل تقرح اور عمل تاکل سے غضروف مفصلی جب ضائع ہو جاتی ہے۔ تو یہ مرض ہڈی تک پہونچ جاتا، اور غشار عظمی کو شریک کرلیتا ہے۔ ہڈی میں ابتدائً ایک جگہ مادہ مترسب ہوتا ہے، جو التہاب[ا] عظمی لین کی صورت میں تبدیل ہو جاتا ہے؛ پھر درنی حصہ (درنی رقبہ) میں گاہے تجبّن کا عمل جاری ہو جاتا ہے، اور آخر کار خراج مُزمن بن جاتا ہے؛ اور گاہے یہ حصہ مردہ ہوکر الگ ہو جاتا ہے، اور اسکے اردگرد کی ساخت میں تصلّب آجاتا ہے +

علامات:۔ ابتدائی درجات میں علامات قطعی طور پر زیادہ نمایاں نہیں ہوتیں۔ خصوصًا جبکہ مرض ہڈی سے ہی شروع ہوا ہو البتہ مفصل کو زیادہ استعمال کرنے کے بعد اس میں ہلکا سا درد ہونے لگتا ہے۔ لیکن تھوڑے ہی عرصہ کے بعد ابتدائی علامات ظاہر ہونے لگتی ہیں۔ یعنی (۱) سطح مفصل زیادہ گرم ہو جاتی ہے۔ (۲) مفصل کے اندر کم و بیش رطوبت جمع ہو جاتی ہے (۳) حرکات مفصل میں خلل آجاتا ہے۔ (۴) مفصل کے عضلات محرکہ لاغر ہو جاتے ہیں (۵) عظام مفصل کے سرے دبیز ہو جاتے ہیں۔ (۶) مریض

[ا] التہاب عظمی لین (ریری فائنگ آسٹیائی ٹس) ہڈی کا وہ التہاب جس میں اجزاء ارضیہ کم اور اجزاء حیوانیہ زیادہ ہو جاتے ہیں +

مفصل کو عموماً ایسی وضع میں رکھتا ہے۔ جو اس کے لئے سب سے زیادہ سکون بخش و آرام دہ ہو۔ یعنی قدرے انقباضی وضع میں کیونکہ اس وضع میں فضاء مفصل کے اندر اجتماع رطوبات کے لئے زیادہ گنجائش ہوتی ہے (۲) عکس ریز کے معائنہ سے التہاب[۱] عظمی تین دکھائی دیتا ہے۔ مرض کے آخری درجوں میں خراج بننے لگتے ہیں، درد میں شدت ہو جاتی ہے حتی کہ شب کے وقت وجع تشنجی[۲] ہونے لگتا ہے اگر خراج پھوٹ جائیں اور یہ عدوی ثانیہ سے ملوث ہو جائے تو حمی دقی شروع ہو جاتا ہے۔ اگر یہ حالت زیادہ عرصہ تک رہ جائے، تو اندرونی اعضاء میں فساد نشائی پیدا ہو جاتا ہے، جو مریض کو نڈھال کر کے ختم کر دیتا ہے۔ بذات خاص مفصل بھی بے ڈھنگا ہو جاتا ہے اور رباطات مفصل اسقدر ڈھیلے پڑ جاتے ہیں کہ خلع واقع ہونے کا احتمال بہت غالب ہو جاتا ہے +

نتائج:۔ (۱) اگر جلد ہی مناسب علاج کیا جائے، تو ممکن ہے کہ شفاء کلی حاصل ہو جائے، اور مفصل کی حرکت بھی قائم رہے +

(۲) جب مفصلی سطحیں خراب ہو جاتی ہیں، تو شفاء بصورت التصاق ہوتی ہے +

(۳) جب اس مرض میں عفونت (تلوث) واقع ہو جاتی ہے، تو گو کہ اگرچہ صحت حاصل ہوتی ہے، مگر دیر میں، اور وہ بھی اس شکل میں کہ مفصل میں التصاق ہو جاتا ہے، اور اسکی شکل فاسد ہو جاتی ہے +

---

[۱] ریری فائنگ آسٹیائی ٹس + [۲] اسٹارٹنگ پین +

لیکن عام قاعدہ یہی ہے کہ اگر مناسب علاج نہ کیا جائے، تو فساد نشائی کی وجہ سے مریض راہی ملک عدم ہو جاتا ہے +

(۴) گاہے اس مقامی مرض سے عمومی مرض درنی ہو جاتا ہے جو آخر کار ہلاکت کا سبب بن جاتا ہے +

انذار مرض:- انذار مرض کا انحصار اس بات پر ہے۔ کہ مرض کا علاج کس درجہ میں شروع کیا گیا ہے، اور یہ کہ مریض عمدہ غذا، دھوپ اور تازہ ہوا کا کافی عرصہ تک انتظام کر سکتا ہے، یا نہیں۔ چھوٹے بچے۔ بوڑھے اور جنہیں پھیپھڑوں کی سل ہو، عموماً صحت کی طرف رجوع نہیں کرتے۔ لہذا ایسے لوگوں کے لئے علاج کا مقصد صحت کلی نہیں ہو سکتا، بلکہ موجودہ قوتوں کی حتی الامکان نگہبانی مدنظر ہوتی ہے، کہ وہ زیادہ سے زیادہ عرصہ تک جی سکے (الغرض علاج شافی[۲] کی بجائے علاج حارس[۳] بتانا چاہیے۔) +

علاج:- اس کے علاج کو دو حصوں میں بیان کیا جا سکتا ہے (۱) عمومی اور (۲) مقامی +

(۱) **عمومی علاج**:- تازہ ہوا، دھوپ، اور عمدہ غذا مرض درنی کے ابتدائی درجات کے علاج میں بہت مؤثر چیز ہے۔ علاوہ ازیں درنین (ٹیوبر کولین) کی پچکاریاں روغن ماہی (کاڈ لیور آئل) لوہے کے مرکبات، اور گائے کال[۱] بھی مفید دوائیں ہیں[۱]

---

[۱] امی لائڈ ڈی جن ریزن +

[۱] گائے کال ایک بے رنگ روغن جیسی دوا ہے جو سل اور مرض درنی میں مفید ہوتی ہے۔ مقامی طور پر مانع عفونت خاصیت رکھتی ہے +

[۲] علاج شافی (کن سرو ٹو ٹریٹ منٹ) +

[۳] علاج حارس (اکس پک ٹینٹ ٹریٹ منٹ)

جدید علاج:- اس مرض کے لئے حال ہی میں صنع بنفشین (ٹنکچر آئیوڈین) بھی بہت مفید ثابت ہوا ہے۔ جو بہ نسخہ قرابادین برطانیہ روح مصفے سے تیار کیا گیا ہو۔ اسے پانی میں حل کرکے (محلول نصف فی صدی کا ہو) بذریعہ پچکاری استعمال کیا جاتا ہے، اس نصف فی صدی محلول کی پہلی پچکاری ایک یا دو ماشہ (سینٹی میٹر) سے شروع کرکے بتدریج پانچ یا دس ماشہ (سینٹی میٹر) تک دے سکتے ہیں۔ یہ پچکاری ہفتہ میں دوبار لگائی جاتی ہے۔ درنین (ٹیوبرکولین) کی پچکاریاں بھی مفید ہوتی ہیں۔ بشرطیکہ اس کے لئے مناسب انتظام مہیا ہو سکے۔ اور اس کے استعمال میں غلطی نہ ہو جائے اس کے لئے ایک خاص قسم کی پچکاری ہوتی ہے اسے نہایت قلیل مقدار سے شروع کرنا چاہیئے۔ کیونکہ اگر ذرا بھی زیادہ دے دی گئی۔ تو نہایت مضر ہوتی ہے +

مقامی علاج:- چونکہ مقام مرض یعنی درنی رقبہ کے چاروں طرف مزمن التہاب موجود ہوتا ہے۔ جو مرض کے پھیلنے میں آسانیاں پیدا کرتا ہے، کیونکہ اس مزمن التہاب کی وجہ سے ان مقامات کی قوت مناعت کمزور ہو جاتی ہے، اس لئے اس کے علاج کا مقصد یہ ہونا چاہیئے کہ حتی الامکان مرض کو بڑھنے نہ دیا جائے، اور اسکے پھیلاؤ کو روکا جائے +

اس کے لئے اب تک جو مؤثر ترین ذریعہ معلوم ہے وہ یہ ہے کہ مفصل کو **مکمل سکون** دیا جائے۔ سکون کے لئے جو مناسب تدابیر

اور آلات استعمال کئے جاتے ہیں، وہ کام میں لائے جائیں) مثلاً
لازوقہ، چمڑہ، یا لکڑی کے جبیرے وغیرہ۔ اس کے ساتھ ہی ماؤف
مفصل میں اگر کسی قسم کی بد وضعی (میلان) موجود ہو تو تمدید (تناؤ)
استعمال کی جانے، تاکہ اس سے عضلات تھک جائیں، اور اس کی
قوت انقباضیہ بتدریج غائب ہوجائے۔ اس سے فائدہ یہ پہونچے گا
کہ ہڈیوں کی التہابی سطحیں عضلات کے مسترخی ہونے کے باعث آپس
میں دباؤ کم کھائیں گی +

.. سطح مفصل پر تہیج مقابل (امالۂ مقابل) کرنے سے بھی فائدہ
حاصل ہوتا ہے، چنانچہ اس کے لئے ماؤف مفصل پر آبلے اٹھائے
جاتے ہیں۔ یا مفصل کو کسی کاوی سے داغ دیا جاتا ہے +

ضغط (دباؤ) :- (۱) مرض کے ابتدائی درجات میں ماؤف
مفصل پر اساوۂ اسکاٹ[۳] استعمال کر کے پٹی سے باندھ رکھنا بھی
مفید ہے +

(۲) بعض لوگوں کا خیال ہے کہ غشاء زلالی اور ماؤف مفصل کی
تجویف کے اندر طلیب نمل بنفشی کم (آیوڈوفارم ایلشن) کی پچکاری بھی عمدہ علاج ہے
(۳) بطریقۂ بائر ماؤف مفصل کے بالائی اور زیرین جانب

سلہ بلا سترہ
سلہ کاوی (کاٹری) +
سلہ اساوۂ اسکاٹ (اسکاٹ ڈریسنگ) جسکا ذکر پہلے گذر چکا ہے +
سلہ یعنی سو حصہ طلوین (گلیسرین) میں دس حصہ نمل بنفشی حل کر کے طلیب (ایملشن) تیار کریں، اور بذریعہ پچکاری روزانہ دو تین درہم (ڈرام) حسب ضرورت مفصل کے اندر بھر دیں +

ربڑ کی پٹی باندھ کر وریدی احتقانؔ پیدا کیا جاتا ہے ، اور روزانہ دو گھنٹے تک اس عمل کو جاری رکھا جاتا ہے +

تدابیر جراحی :- مفصل سے باہر اگر خراج نمودار ہوں تو آلہ شافطہ (مَصَّاصَہؔ) کے ذریعہ جذب کر کے ان کا مواد نکال دینا چاہئے ۔ اگر ضرورت داعی ہو تو اس عمل کو مکرر بھی کیا جا سکتا ہے۔ اگر مذکورہ بالا علاجؔ حارص کے باوجود مرض ترقی ہی کرتا ہوا چلا جائے تو مندرجہ ذیل تین اعمال کئے جا سکتے ہیں :-

(۱) قطع مفصلؔ (۲) عمل تقلیمؔ (۳) عمل بترؔ +

(۱) **قطع مَفصَل** :- اس عمل میں درنی مواد کو مکمل طور پر نکال دیا جاتا ہے ۔ لیکن حتی الامکان اس امر کی کوشش کی جاتی ہے کہ ارد گرد کی تندرست ساختوں کو قطعًا نقصان نہ پہنچنے پائے۔ چنانچہ مفصل کو کھول کر غشاء زلالی پورے طور پر نکال دی جاتی ہے اور ہڈی کا ماؤف رقبہ (منقرؔ کے ذریعہ) کھرچ کر صاف کر دیا جاتا ہے۔ اس عمل کے بعد مفصل اکثر اوقات بے حرکت ہو جاتا ہے ، لیکن ہڈی کے نمو میں کسی قسم کا خلل واقع نہیں ہوتا +

(۲) **عمل تقلیم** :- مذکورہ بالا عمل قطع مفصل کی طرح اس میں بھی غشاء زلالی کو مکمل طور پر نکال دیں ، اور مفصل بنانے والی

سلہ وریدی احتقان (دے نس انگارج منٹ) وریدی اجتماع خون +	سمہ آرتھرکٹومی (قطع مفصل) +
سلہ آلہ مصاصہ (شافطہ) اسپائی ریٹر +	سمہ عمل تقلیم (اکسی ژن) +
سلہ علاج حارص (اکس پکٹینٹ ٹریٹمنٹ) +	سمہ عمل بتر (امپوٹےشن) +
	سمہ مِنقَر (گاج) +

ہڈیوں کے سرے آری سے کاٹ کر پھینک دیں۔ نیز تمام اُن سطوح کو بھی چھیل کر صاف کر دیں جو غضروف سے ڈھکی ہوئی ہیں بعد ازاں کٹی ہوئی سطوح کو ملا کر قائم کر دیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ ہڈیاں باہم ملتصق ہو جائیں گی۔ لیکن شانے اور کہنی کے مفصل میں اس عمل کے بعد کم و بیش حرکت کے باقی رہنے کی امید ہوا کرتی ہے۔

کسی مریض کے لئے عمل تقلیم یا قطع مفصل کے انتخاب کے وقت زیادہ تر تین امور کو دیکھا جاتا ہے:۔

(۱) عمل تقلیم میں مرض کے کلیتہً زائل ہو جانے کا امکان بہ نسبت قطع مفصل کے زیادہ ہے۔

(۲) اطراف بالا اور کولھے یا ٹخنے کے امراض میں قطع مفصل کا عمل زیادہ مفید ہوتا ہے۔ کیونکہ اس عمل کے بعد مفصل کے حرکات قدرے باقی رہ جاتے ہیں اور مفصل کسی حد تک کارآمد رہ سکتا ہے لیکن گھٹنے میں ایسے کمزور ملتصق مَفْصَل سے بہتر یہ ہے کہ اسکی حرکت بالکل جاتی رہے، اس لئے اس مفصل میں بجائے قطع مفصل کے عمل تقلیم ہی کرنا چاہیے۔

(۳) عمل تقلیم سے مفصل کا نمو چونکہ رک جاتا ہے۔ اس لئے سولہ یا اٹھارہ سال کی عمر سے پہلے اس عمل کو ہرگز نہ کرنا چاہیے۔ بخلاف ازیں قطع مفصل کے بعد نمو میں زیادہ خلل واقع نہیں ہوتا۔ بچوں اور بوڑھوں میں عمل تقلیم بُرے نتائج پیدا کرتا ہے۔ کیونکہ ان میں قوت مُدَبّرہ ناکافی ہوتی ہے۔ لہذا بچوں میں قطع مفصل[۱] یا فتح مفصل[۲] اور بوڑھوں

---

[۱] قطع مفصل (آرتھرکٹومی)۔ [۲] فتح مفصل (آرتھروٹومی)۔

میں عمل بتر کرنا چاہئے +

(۳) **عمل بتر:-** یہ عمل ان بوڑھے یا کمزور مریضوں کے لئے اختیار کیا جاتا ہے۔ جن کی ہڈیوں اور نرم ساختوں میں مرض دور تک پھیل چکا ہو، یا جن کے اشاریں فساد نشائی پیدا ہو گیا ہو یا جن مریضوں میں عمل تقلیم بھی ناکام ثابت ہو چکا ہو نیز جن لوگوں میں مرض درنی کے ساتھ ہی دوسرے جراثیم بھی شامل ہو گئے ہوں +

مخصوص مفاصل کا مرض درنی

مفصل[1] کتف کا مرض درنی:- مفصل کتف مرض درنی میں زیادہ تر مبتلا نہیں ہوا کرتا ہے۔ اس میں جو خراج نمودار ہوتے ہیں، انکا منہ عضلہ[2] زالیہ کے کنارے پر سامنے یا پیچھے کی طرف نمودار ہوا کرتا ہے +

علاج:- اس میں عظم العضد کے سر کی تقلیم کی ضرورت لاحق ہوتی ہے +

مفصل[3] مرفق کا مرض درنی (تدرن مرفقی):- مرفق میں مرض درنی اکثر ہوا کرتا ہے۔ مرض یا تو زند اسفل کے زائدہ مرفقیہ سے یا مفصل[4] بین الزندین کی غشا زلالی سے شروع ہوتا ہے +

علاج:- اصول علاج یہ ہے کہ بچوں میں مفصل کو لازوقہ میں قائم کر کے مکمل سکون دیا جائے۔ بچوں میں قطع مفصل کر دیا جائے۔

---

[1] شولڈر جائنٹ (مفصل کتف) +
[2] عضلہ زالیہ (ڈیلٹائڈیس مسل) +
[3] مرفق (ایلبو) +
[4] مفصل بین الزندین (ریڈیو السر جائنٹ) +

اور جوانوں میں اس عمل (عمل تعلیم) کے وقت کافی مقدار میں ہڈی نکال دینی چاہیئے حتی کہ دونوں سروں کے درمیان ایک قیراط (ایک انچہ) کا فاصلہ ہوجائے۔ بعدازاں مفصل کو جڑنے کا موقعہ دیا جائے۔ اگر کسی وجہ سے مذکورہ بالا عمل جراحی نہ کیا جاسکے اور علاج حارس سے ہی افاقہ ہو رہا ہو۔ تو اس صورت میں مفصل کو زاویہ قائمہ پر قائم کردینا چاہیئے۔ تاکہ التصاق ہوجانے پر بھی مفصل زیادہ کارآمد وضع میں رہ سکے +

مفصل رسغ کا مرض درنی (تدرن رسغی) :- پہنچے میں اس مرض کی ابتدا، گاہے ہڈی سے اور گاہے غشا زلالی سے ہوتی ہے

علاج :- ماؤف مفصل کو عرصہ دراز تک سکون دینے سے گاہے مرض رفع ہو جاتا ہے۔ اگر اس میں کامیابی نہ ہو، تو عمل تعلیم کرنا چاہیئے لیکن بوڑھے لوگوں میں اکثر اوقات عمل بتر ضروری ہو جاتا ہے +

مفصل ورک اور **مفصل عجزی حرقفی** کے امراض علیحدہ طور پر اگلے صفحات میں بیان کئے جائینگے +

مفصل رکبہ کا مرض درنی (تدرن رکبی) :- یہ مرض گھٹنے کی مفصل میں عموماً لاحق ہوا کرتا ہے، چنانچہ مرض گاہے ہڈی سے اور گاہے غشا زلالی سے شروع ہوتا ہے۔ مرض کے آخری درجات میں قصبہ کبری کے اندر عموماً زیغان ثلاثی (تین قسم کی بدوضعیاں) پایا جاتا ہے: یعنی قصبہ کبری منقبض ہو جاتی ہے، باہر کی جانب گھوم

۵۱ ہپ جائنٹ +	۵۳ ٹرپل ڈس پلیس منٹ +
۵۲ سیکرو ایلی اک جائنٹ +	

جاتی ہے۔ اور کسی قدر پیچھے کی جانب منخلع ہو جاتی ہے +

علاج:۔ عرصہ دراز تک تماس کے جبیرۂ رکبہ کے ذریعہ مفصل کو بے حرکت کرنے (تثبیت) اور اس کے ساتھ ہی عمومی بدنی علاج کے جاری رکھنے سے اکثر مریض شفایاب ہو گئے ہیں۔ اگر مذکورہ بالا تدابیر ناکام ثابت ہوں۔ تو نوجوان میں آزادی کے ساتھ قطع مفصل کر دینا چاہیئے۔ لیکن علاج مابعد بہت احتیاط کے ساتھ جاری رکھنا چاہیئے، تاکہ بے قاعدہ نمو کے باعث بدوضعی نہ پیدا ہو جائے مثلاً گھٹنے کے سامنے یا پیچھے کی طرف مُڑا کر نہ رہ جائے (رکبہ قدامیہ اور رکبہ خلفیہ) +

سن نمو کے ختم ہونے کے بعد قطع مفصل سے بہتر عمل تقلیم ہے +

مفصل کعب کا مرض درنی (تَدَرُّنِ کعبی)۔ اس میں مرض کی ابتدا ر گاہے غشاء زلالی سے اور گاہے عظم الکعب سے ہوتی ہے +

علامات:۔ ورم یا سوجن مفصل کے مقدم جانب نمودار ہوتا ہے، جو اوتار کو سامنے کی طرف، یا عرقوب کے دونوں جانب یا کٹوں کے سامنے ڈھکیل دیتا ہے + مفصل کی طبعی حرکات میں خلل آ جاتا ہے۔ مفصل چھونے سے گرم معلوم ہوتا، اور عضلات مفصل کمزور و لاغر ہو جاتے ہیں +

علاج:۔ مرض کے ابتدائی درجات میں مفصل کو مکمل سکون دینے کی کوشش کرنا چاہیئے۔ اگر یہ علاج ناکام ثابت ہو تو عمل قطع

مفصل کرنا چاہیئے اور اس کے ساتھ ہی عظم الکعب کو بھی نکال دینا چاہیئے۔ اگر مذکورہ بالا عمل کے بعد بھی مرض کی ترقی میں کمی نہ آئے تو گھٹنوں سے اوپر پاؤں کو کاٹ دینا چاہیئے +

مفاصل کے آتشکی امراض

آتشک خواہ اکتسابی[1] ہو، یا خلقی[2] (وراثی) دونوں صورتوں میں مفصل ماؤف ہو سکتا ہے +

آتشک اکتسابی کے دوسرے درجہ میں گاہے گاہے مفاصل کے اندر درد (اَلَمُ المفاصل[3]) پیدا ہو جاتا ہے، اور گاہے **التہاب زلالی**[4] جو عموماً درد سے خالی ہوتا ہے، اور مُزمن صورت میں نمودار ہوا کرتا ہے۔ اس التہاب میں زیادہ تر عورتیں مبتلا ہوا کرتی ہیں. لیکن یہ التہاب گاہے گاہے نوبت کی صورت میں اور درد کے ساتھ بھی ہوتا ہے +

آتشک کے **تیسرے** درجہ میں **التہاب**[5] **زلالی صمغی** پیدا ہوا کرتا ہے، جو گاہے گاہے مفصل کے کسی خاص حصے میں محدود ہوتا ہے، اور گاہے غشاء زلالی میں دور تک پھیلا ہوا ہوتا ہے. یہ بمقابلہ التہاب زلالی درنی کے کم دردناک ہوتا ہے، مفصل کو بھی اتنا بیکار نہیں کرتا اور علاج سے جلد اچھا بھی ہو جاتا ہے +

التہاب[6] **مفصلی غضروفی** بھی گاہے گاہے پیدا ہو جاتا ہے، جس میں

[1] ایکوائرڈ +
[2] ان ہے ری ٹڈ +
[3] آرتھریلجیا
[4] سائی نو وائی ٹس +
[5] گے ٹس سائی نو وائی ٹس +
[6] کانڈرو آرتھرائی ٹس +

ہڈیاں اور کریاں ماؤف ہوجاتی ہیں۔ اسکی بڑی خصوصیت یہ ہے کہ غضروف کی اصل[ل] افقی طور پر لیفی (ریشہ دار) بن جاتی ہے؛ ہڈی میں چھوٹے چھوٹے عمیق گڑھے ہوجاتے ہیں، مگر اس میں صلابت (عاجیت[ع]) پیدا نہیں ہوتی؛ التہاب مفصلی[گ] غلطی سے اسکی تشخیص اس طرح ہوتی ہے کہ التہاب مفصلی غضروفی میں درد خفیف طور پر ہوتا ہے، خشخشہ (صریر) غائب ہوتا ہے، مفصل کے کناروں (حاشیوں) پر غضنار لیفی جو تحوانی لب بن جایا کرتے ہیں وہ اسمیں نہیں بنتے +

علاج:- ان تمام امراض میں وہی علاج کرنا چاہیئے، جو آتشک میں کیا جاتا ہے +

خلقی (وراثی) آتشک میں بچوں کے التہاب[ٹ] مفصلی حاد کو بعض لوگ آتشک کی طرف منسوب اور اس سے وابستہ کرتے ہیں؛ لیکن گمان غالب یہ ہے کہ یہ آتشک کی وجہ سے نہیں ہوتا، بلکہ جراثیم قیحیہ[ھ] (صدیدیہ) کی وجہ سے پیدا ہوا کرتا ہے۔ گاہے اس مرض میں **استسقاء[ی] مفصلی** (ماء المفصل) مزمن صورت میں درد کے بغیر لاحق ہوا کرتا ہے؛ لیکن زیادہ خصوصی حالت (عارضہ) وہ ہے، جسکو **التہاب[ے] زلالی مصلی متناسب** (متوافق) کہا جاتا ہے، اور جو عموماً آٹھ سے پندرہ سال کے بچوں میں دونوں گھٹنوں کے اندر ہوا کرتا ہے، اور علاج سے جلد ہی زائل بھی ہوجاتا ہے +

خلقی آتشک میں گاہے **التہاب[ے] زلالی صمغی**، اور

---

[۵۱] میٹا ر کس +

[۵۲] ایبرنے شن (عاجیت) +

[۵۳] آسٹیو آرتھرائی ٹس +

[۵۴] ایکوٹ آرتھرائی ٹس +

[۵۵] پایوجنک آرگے نزم (جراثیم قیحیہ) +

[۵۶] ہائڈرارتھروسس +

[۵۷] سمی ٹریکل سیرس سائی نووائی ٹس +

[۵۸] گمے ٹس سائنووائی ٹس +

التہاب مفصلی غضروفی[۵۱] بھی لاحق ہوا کرتا ہے +

۲ آتشک اکتسابی اور وراثی، دونوں، میں گاہے ارتعاش[۵۲] انتقالی (ذبول ظہری) اور فالج عمومی[۵۳] کے ساتھ التہاب مفصلی[۵۴] عصبی (مفصل[۵۵] شارکوٹ) ہوا کرتا ہے +

التہاب مفصلی[۵۶] عظمی

اس عنوان کے ماتحت مفاصل کے چند امراض کا ذکر کیا جاتا ہے، جنکی اصلیت اور حقیقی سبب ابتک مبہم ہے. چنانچہ اسکے سبب کے متعلق مختلف لوگوں نے مختلف خیالات پیش کئے ہیں؛ شلاً:-

(۱) بعض لوگوں کا خیال ہے کہ رطوبت اور برودت کا لگنا اس مرض کے پیدا کرنے میں کچھ اثر رکھتا ہے +

(۲) بعض لوگوں کا خیال ہے کہ اس مرض کا اصلی سبب عصبی خرابیاں ہیں، کیونکہ ذیابیطس میں بالکل اسی قسم کا مرض لاحق ہوتا ہے جسکے ساتھ التہاب[۵۷] عصبی محیطی موجود ہوتا ہے، وعلےٰ ہذا ارتعاش[۵۸] انتقالی (ذبول ظہری[۵۹]) میں ایک مرض لاحق ہوتا ہے، جسے مرض شارکوٹ[۶۰] (التہاب[۶۱] مفصلی عصبی) کہا جاتا ہے، یہ بھی دراصل ایک قسم کا

---

[۵۱] کانڈرو آرتھرائی ٹس +
[۵۲] ارتعاش انتقالی (لوکوموٹر اٹیکسیا، ٹے بیز ڈارسےلس)
[۵۳] جنرل پیرالی سس +
[۵۴] نیوروپے تھک آرتھرائی ٹس +
[۵۵] شارکوٹس جائنٹ +
[۵۶] آسٹیو آرتھرائی ٹس +
[۵۷] پیری فیرل نیورائی ٹس +
[۵۸] لوکوموٹر اٹیکسیا +
[۵۹] ٹے بیز ڈارسےلس +
[۶۰] شارکوٹ ڈیزیز +
[۶۱] نیوروپے تھک آرتھرائی ٹس +

التہاب مفصلی عظمی ہی ہے +

(۳) بعض لوگوں کا خیال ہے کہ اس مرض کا سبب جراثیم ہوتے ہوتے ہیں ؛ یا یہ کہ اسکا باعث وہ سیپٹن[لہ] کا انجذاب ہے، جسکا بیشتر اور کثیر الوقوع ذریعہ تقیح لثات[لے] (مسوڑھوں میں پیپ کا ہونا) ہوا کرتا ہے +

(۴) بعض مریضوں میں حالات دریافت کرنے پر اس بات کا پتہ چلتا ہے کہ ماؤف مفصل میں کبھی کوئی آفت پہونچی ہے، مثلاً اس میں کبھی موچ آگیا ہے، چوٹ لگی ہے، ہڈی ٹوٹ گئی ہے، یا خلع واقع ہو چکا ہے. لیکن ہر مریض میں اس قسم کی تاریخ لازمی طور پر نہیں ملا کرتی ہے +

(۵) یہ بھی خیال کیا جاتا ہے کہ تغیراتِ شیخوخیہ بھی مفاصل میں اس قسم کے امراض پیدا کرنے میں عمل و دخل رکھتے ہیں +

تغیرات مرضیہ :- غضروف کے خلیات میں ان کے اکیاس[سے] کے اندر تکاثر ہوتا ہے، جس سے یہ تھیلیاں پھٹ جاتی ہیں' اور یہ خلیات مَفصَل میں پھوٹ پڑتے ہیں. غضروف کے اصل نامی جوہر میں ریشے پیدا ہوجاتے ہیں، جو مخمل یا قالین کے روؤں کے مانند نظر آتے ہیں. غضروف نرم ہوجاتا ہے، اور جہاں دباؤ پڑتا ہے وہاں سے ضائع ہونے لگتا ہے، یہاں تک کہ یہاں سے ہڈی کی سطح عریان ہوجاتی ہے. پھر یہ استخوانی سطح رگڑ کھاتے کھاتے سخت، متحجر او رعاج (ہاتھی دانت) کے مانند چکنی ہوجاتی ہے (عاجیت[ھہ]). اس

لہ سیپٹن (ٹاکسین) +
لے پائی اوریا الوی اولیرس +
سے کیپ شولز +
ھہ ای برنے شن +

تصلّب (سختی) کے باوجود ہڈی برابر گھستی اور ضائع ہوتی رہتی ہے حتی کہ گاہے ہڈی میں نشیب پیدا ہوجاتا ہے، اور اسکی لمبائی کم ہوجاتی ہے. اسکے ساتھ ہی غضروف کے کنارے (حواشی) بڑھتے چلے جاتے، اور کنگرہ کی شکل اختیار کرلیتے ہیں. ان کنگروں میں گاہے ثانوی طور پر ہڈی پیدا ہوجاتی ہے، اور یہ ہڈی گاہے حرکات مفصل میں خرابی ڈال دیتی، اور گاہے ٹوٹ کر جدا ہوجاتی ہے، اور مفصل کے اندر آزاد پڑی رہتی ہے. اس مرض میں مفصل کے جوف کے اندر رطوبت کا انصباب گاہے ہوتا ہے، اور گاہے نہیں ہوتا +

علامات:- چونکہ اسکی دو قسمیں (مُزمن اور حاد) ہیں، اسلئے دونوں کی علامتیں الگ بیان کی جاتی ہیں. پھر مُزمن قسم چونکہ کثیر الوقوع ہے، اسلئے پہلے اسی کے علامات کا تذکرہ کیا جاتا ہے +

قسم مزمن:- قسم مزمن گاہے وَحَدَانِیُّ المفصل[1] ہوتی ہے اور گاہے کثیرالمفصل[2]. یعنی گاہے یہ مرض صرف ایک ہی جوڑ میں ہوتا ہے، اور گاہے متعدد مفاصل میں

قسم وُحدانی عموماً چوٹ وغیرہ (آفت رضرب) لگنے کے بعد ظاہر ہوتی ہے. اسکی علامت یہ ہے کہ حرکت و ریاضت شروع کرنے پر درد پیدا ہوتا ہے، جو تھوڑی دیر کے بعد زائل ہوجاتا ہے اسی طرح موسم جب مرطوب ہوجاتا ہے، تو بھی جوڑ میں درد پیدا ہوجاتا

[1] مون آرٹی کیولر +
[2] پولی آرٹی کیولر +

ہے۔ علی ہذا حرکت کے وقت رگڑ کی تیز اور باریک آواز پیدا ہوتی ہے،
گا ہے مفصل کے اندر رطوبت کا اجتماع بھی پایا جاتا ہے۔ درجات
متأخرہ (بعد کے درجات) میں غضروفی کنگرے بن جاتے ہیں، اور
درد کی شدت بڑھ جاتی ہے، جس سے گاہے عضو بے کار ہو جاتا ہے،
حرکات مفصل محدود ہو جاتی ہیں، اور عضلات متعلقہ لاغر ہو جاتے ہیں۔

قسم کثیر المفاصل۔ چوٹ (آفت) کا نتیجہ نہیں ہوا کرتی ہے،
اور یہ زیادہ تر ادھیڑ عمر کی عورتوں میں لاحق ہوتی ہے۔ اس میں
پوروں کے درمیان کے جوڑ (مفاصل سلامیہ[1]) سب سے پہلے
ماؤف ہوتے ہیں۔ چنانچہ یہ مفاصل متورم ہو جاتے ہیں، اور انکی حرکت
متورم ہو جاتی ہے۔ مفاصل کے گرد استخوانی زوائد پیدا
ہو جاتے ہیں۔ اس کے بعد دوسرے مفاصل بھی ماؤف ہو جاتے
ہیں، اور مرض اتنا بڑھتا ہے کہ کسی وقت مریض بالکل بیکار اور
اپاہج ہو جاتا ہے۔

قسم چہارم: گاہے قسم حاد کثیر المفاصل نوجوانوں میں کسی عفونی
(متعدی) مرض کے بعد پیدا ہوتی ہے۔ اس میں چھوٹے چھوٹے
مفاصل پہلے ماؤف ہوتے ہیں، اسکے ساتھ مریض کی بدنی حرارت
بڑھی ہوئی ہوتی ہے (بخار ہوتا ہے)، خرابی خون (سوء القنیہ[2]) کی
شکایت ہوتی ہے، جلد پر دھبے ہوتے ہیں، عضلات لاغر ہو جاتے
ہیں، اور متعلقہ غدد ماسیہ (لمفاویہ جاذبہ) بڑھ جاتے ہیں۔

تشخیص:- التہاب زلالی مزمن اس مرض سے مشابہ ہے

---

[1] مفاصل سلامیہ انٹرفیلینجیل جائنٹس۔ [2] اینیمیا۔ [3] سوء القنیہ [5] کرانک سائنووائیٹس۔

اس لئے اس سے تشخیص کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے؛ چنانچہ اسکی تشخیص کا ذریعہ یہ ہے کہ اس مرض (التہاب مفصلی عظمی) میں درد تھوڑی سی حرکت و ریاضت کے بعد دور ہوجاتا ہے، نیز حرکت کے وقت رگڑ کی باریک آواز پیدا ہوتی ہے، اور گاہے غضروف کے کنگرے بھی نمودار ہوتے ہیں +

اسی طرح اسکی تشخیص **مرض شارکوٹ**[1] (التہاب مفصلی عصبی[2]) سے اس طرح کی جاتی ہے کہ اس مرض میں علامات دعوارض ہلکے اور لمبے ہوتے ہیں، اسکے برخلاف اس کے مرض شارکوٹ میں حملۂ مرض شدت کے ساتھ فوری ہوتا ہے، نیز اس میں درد ہوتا ہے، اور ارتعاش[3] انتقالی کی دوسری علامتیں غیر موجود ہوتی ہیں (اس کے برعکس مرض شارکوٹ میں درد نہیں ہوتا ہے، اور ارتعاش انتقالی کی علامتیں موجود ہوتی ہیں +

مرض نقرس[4]:- اسکی تشخیص اس طرح کی جاتی ہے کہ نقرس کا حملہ یکایک ہوتا ہے، اور یہ عموماً پاؤں کے انگوٹھے سے شروع ہوا کرتا ہے +

انذار:- اس کا انذار اچھا نہیں ہے، یعنی علاج سے اچھے نتائج پیدا ہونے کی امید نہیں، قسم وحدانی المفصل (قسم یک مفصلی) میں کچھ امید ہوسکتی ہے، لیکن قسم کثیر المفصل میں، یعنی جبکہ متعدد مفاصل ماؤف ہوں، مریض جلد یا بدیر یقیناً اپاہج ہوجائیگا +

---

[1] شارکوٹس ڈیزیز +
[2] نیوروپیتھک آرتھرائی ٹس
[3] لوکوموٹرا ٹیکسیا +
[4] گاؤٹ (نقرس) +

علاج:۔ علاج کا مقصد یہ ہونا چاہیئے کہ انجذاب عفونت کی راہ تلاش کی جائے، اور اسے بند کرنے کی کوشش کی جائے، مثلاً تقیح لثہ[1]، التہاب[2] رحمی باطن، التہاب[3] مجرائے بول وغیرہ میں سے جو مرض ہو۔ اسکا علاج کیا جائے۔ اسکے علاوہ علامات کی شدت کو کم کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔ مفاصل کو نرم اونی کپڑوں (مثلاً فلالین) سے لپیٹ کر گرم رکھا جائے، دلک (مالش) بکثرت کی جائے، اور یہ کسی طرح مناسب نہیں ہے کہ مفاصل کی حرکت کو پورے طور پر بند کردیا جائے، ورنہ ان کے حرکات قبل از وقت محدود ہوجائیں گے۔ اچھی غذا، اور خشک ہوا (خشک موسم) کا انتظام کیا جائے۔ دواؤں میں سے تلویہ بنفش آمیز (پوٹے شیم آیوڈائڈ) سب سے مفید ہے اسی طرح اس مرض میں علاج بالماء[4]، علاج بالبرق[5]، اور مقامی طور پر حرارت پہونچانے سے فائدہ ہوتا ہے۔ اگر یہ مرض ایک ہی مفصل میں ہو، اور اس کی وجہ سے مریض بیکار ہورہا ہو، تو عمل تقلیم[6] کرنا (مفصل کو کاٹ کر کاٹ کر خارج کرنا) بہتر ہوگا۔ جب یہ مرض مفصل ورک (کولے کے جوڑ) میں ہوتا ہے، تو طرق خانطیر موٹا ہوجاتا، اور فخذ کا سر منجذب ہوجاتا ہے۔ اس وجہ سے ٹانگ کی لمبائی گھٹ جاتی ہے۔ ایسی حالت میں اگر مریض کولہے کے بل گرپڑے، تو اس مرض کی تشخیص گردن فخذ کے کسر سے دشوار ہوجاتی ہے۔ لیکن سابقہ

---

[1] پائیوریا الوی اولرس +
[2] انڈومیٹرائی ٹس +
[3] یوری تھرائی ٹس +
[4] ہائیڈرو تھیراپی +
[5] الکٹرو تھیراپی +
[6] اکسیژن +

واقعات (تاریخ ماسبق) سے، نیز طرد خانطیر کے غیر معمولی طور پر ابھر آنے سے، اور طبعی طور پر فخذ کے گھومنے سے تشخیص آسان ہو جاتی ہے (یعنی یہ ساری باتیں التہاب مفصلی عظمی میں پائی جاتی ہیں، اور کسر مذکور میں نہیں ہوتیں) +

التہاب مفصلی عصبی (مرض شارکوٹ)

یہ مرض ارتعاش انتقالی (ذبول ظہری) میں نمودار ہوا کرتا ہے اور اسکی ابتداء میں بطور عرض کے پیدا ہوتا ہے. چنانچہ اس مرض میں درد کے بغیر تیزی کے ساتھ (چند گھنٹہ میں) مفصل پھول جاتا ہے جس میں گاہے جلد ہی خلع لاحق ہو جاتا ہے. مفصل کی یہ سوجن (انتفاخ) گاہے غائب ہو کر لوٹا بھی کرتی ہے، لیکن زیادہ تر یہ ہوتا ہی کہ ہڈیوں کو کھا لیتی ہے، یہ لاغر ہو جاتی ہیں، اور رباطات کے نرم ہو جانے کی وجہ سے ٹل جاتی ہیں. گاہے اغشیۂ زلالیہ کے اندر یا باہر استخوانی طبقات بن جاتے ہیں، اور التصاق کاذب پیدا کر دیتے ہیں، اور گاہے کریوں کے کناروں پر استخوانی زوائد پیدا ہو جاتے ہیں، جو حرکات مفصل کو مردود کر دیتے ہیں. یہ مرض زیادہ تر گھٹنے، کولھے، اور شانہ کے جوڑ میں ہوا کرتا ہے. اتفاقاً ایک سے زیادہ مفصل اس میں مبتلا ہوتے ہیں +

تشخیص ۱- اس کی تشخیص کا دارومدار مندرجہ ذیل علامتو نیر

سلہ نیوروپے تھک آرتھرائٹس +

سلہ شارکوٹس ڈیزیز +

سلہ لوکوموٹر اٹیکسی +

سلہ ٹے بیز ڈارسیلس +

ہے: مرض کا حملہ تیزی کے ساتھ (جلد) ہوتا ہے، مفصل میں جلد ہی رطوبات کا اجتماع ہوجاتا ہے، درد غیر موجود ہوتا ہے، مقامی تغیرات نمایاں ہوتے ہیں، اور ذبول ظہری[۱] کی علامتیں موجود ہوتی ہیں +

اس میں مرضی تغیرات وہی ہوتے ہیں، جو التہاب مفصلی عظمی میں پائے جاتے ہیں، فرق صرف اسقدر ہے کہ یہاں ان کا درجہ بڑھا ہوا ہوتا ہے +

علاج : میلان (زیغان۔ بدوضعی) کو دور کرنے کے لئے کوئی مناسب جبیرہ استعمال کیا جائے۔ تاکہ عضو کسی حد تک کام کارہ سکے +

مرض انبوبہ نخاعیہ[۲] کا ہے اسی قسم کا التہاب مفصلی عصبی پیدا کردیتا ہے؛ لیکن یہ عموماً ایسا بالائی اطراف (ہاتھ) میں ہوتا ہے اس میں درد، گرمی اور سردی کا احساس تو کم ہوجاتا ہے، مگر حس لمس و حس عضلی قائم رہتی ہے۔ ہاں عضلات لاغر ہوجاتے ہیں، اور غذائی تغیرات و فسادات پائے جاتے ہیں +

جب کسی عضو سے عصبی تربیت خراب ہوجاتی ہے، تو اسی قسم کا مرض التہاب مفصلی پیدا ہوجایا کرتا ہے، خواہ یہ عصبی خرابی مرکزی ہو۔ یا محیطی؛ مثلاً صُلب مشقوق[۳]، فالج نصفی[۴]، فالج اسفل[۵]، التہاب عصبی محیطی[۶]، یا محیطی اعصاب کا کٹ جانا +

---

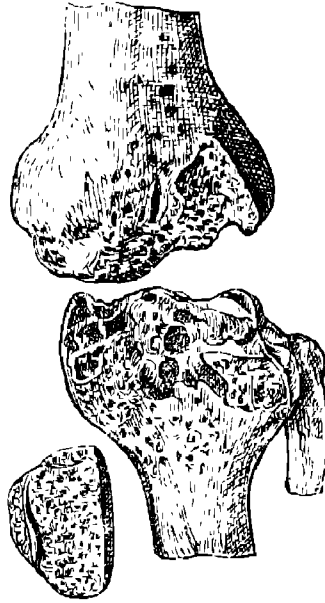
[۱] ذبول ظہری۔ ٹے بیز ڈارسیلس +

[۲] سیرنگومائی ایلیا +

[۳] اسپائنا بائی فیڈا +

[۴] ہیمی پلیجیا (فالج نصفی) +

[۵] پیراپلیجیا (فالج اسفل) +

[۶] پریفیرل نیورائی ٹس +

تصویر (۱۴۲)

التہاب مفصلی عصبی (مرض شارکوٹ) گھٹنے کا
ہڈیوں میں تاکل جاری ہے، اور نئی ساخت
نہیں بن رہی ہے۔

مفاصل کے امراض نزفیہ (ناعوریہ)[1]

مزاج نزفی (ناعور) میں معمولی چوٹ وغیرہ سے مفصل کے اندر خون بھر جایا کرتا ہے۔ اس میں التہاب مفصلی عظمی کے سے تغیرات پیدا ہوتے ہیں۔ گاہے مفصل کے اندر التصاق بھی ہو جاتا ہے۔

علاج:۔ ادائل میں سکون دیا جائے، برف استعمال کیجائے کچھ عرصہ کے بعد دلک (مالش)، رگڑ، اور دباؤ استعمال کیا جائے مفصل سے مادہ ہرگز خارج نہ کیا جائے۔

اجسام سائبہ مفاصل کے اندر (فیران المفاصل)

(اجسام سائبہ۔ آزاد اجسام) (فیران المفاصل: جوڑوں کے چوہے) جوڑوں کے اندر آزاد اجسام کی مندرجہ ذیل قسمیں ملا کرتی ہیں:۔

(۱) اجسام بطیخیہ (تخم بطیخ۔ تخم خربزہ) جو تخم خربزہ کے مشابہ ہوتے ہیں جو لیفین نامی مادہ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ مادہ طبقہ بہ طبقہ جم کر اس شکل میں جمع ہو جاتا ہے۔

(۲) بڑھے ہوئے زائد خملیہ جو الگ ہو کر مفصل کے اندر آزاد پڑے رہتے ہیں۔

---

[1] ہیموفائلک ڈیزیز آف جائنٹس۔
[2] ہیموفیلیا۔
[3] ایڈہی ژن۔
[4] لوز باڈیز ان جائنٹس۔
[5] میلن سیڈ باڈیز۔
[6] لیفین۔ فائبرین۔
[7] ولس پرا سسز۔

(۳) **آزاد اجسام** جو غشاء زلالی کی جھالروں میں غضروف کے بڑھ جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ اجسام گاہے کسی ریشہ کے ذریعہ وابستہ رہتے ہیں، اور گاہے بالکل الگ اور آزاد +

(۴) غضروف لیفی[۵۱] یا غضروف مفصلی[۵۲] کا کوئی ٹکڑا بالکل آزاد اور الگ مفصل کے اندر پایا جاتا ہے +

(۵) زوائد غضروفیہ[۵۳] جو التہاب مفصلی عظمی[۵۴] میں پیدا ہو کر الگ ہو جاتے ہیں +

یہ اجسام زیادہ تر گھٹنے اور کہنی کے جوڑوں میں پائے جاتے ہیں +

علامات:۔ اس حالت میں علامات اس وقت پیدا ہوتے ہیں، جبکہ یہ اجسام اتفاقاً مفصلی سطوح کے درمیان آکر پھنس جاتے ہیں چنانچہ اس حالت میں رباطات کے کھنچ جانے کی وجہ سے فوری شدید درد پیدا ہو جاتا ہے، اور جوڑ تھوڑی دیر کے لئے عارضی طور پر بند ہو جاتا ہے (ناقابل حرکت ہو جاتا ہے)۔ پھر یہ جلد ہی آزاد ہو جاتا ہے اور اسکی حرکت لوٹ آتی ہے، اور اس کے بعد التہاب زلالی پیدا ہو جاتا ہے۔ مریض اکثر اوقات اپنے بعض حرکات سے ان اجسام کو ایسی وضع میں لے آتا ہے کہ یہ ٹٹولنے سے معلوم ہو جاتے ہیں +

تشخیص:۔ غضروف ہلالی[۵۵] کے انخلاع سے اسکی تشخیص دشوار ہے ہاں اگر یہ آزاد جسم ٹٹولا جا سکے، تو پھر اس کی تشخیص متعین ہو جاتی ہے

---

[۵۱] فائبرو کارٹیلیج +

[۵۲] آرٹیکولر کارٹیلیج +

[۵۳] اکانڈروسیز +

[۵۴] آسٹیو آرتھرائی ٹس +

[۵۵] سیمی لیونر کارٹیلیج +

علاوہ ازیں آزاد جسم میں جوڑ کی بندش ایک آنی اور ایک لحظہ کے لئے ہوتی ہے، جو فوراً کھل جاتی ہے۔ اسی طرح غضروف ہلالی کے انخلاع میں اندرونی سطح (جہاں سے کری الگ ہوتی ہے) دردناک اور حساس رہتی ہے۔ علیٰ ہذا اجسام سائبہ کی صورت میں موضع آجانے، یا عضو کے بل کھا جانے کی کوئی روایتِ ماسبق نہیں ملے گی۔

علاج:۔ مفصل کو کھول کر آزاد جسم کو خارج کر دیا جائے۔ اگر ممکن ہو تو جوڑ کو کھولنے سے پہلے اس آزاد جسم کو انگلی سے تھام لیا جائے، ورنہ اسکا سخت اندیشہ رہتا ہے کہ یہ پھسل کر جوڑ کے کسی ایسے حصے میں غائب ہو جائے کہ پھر اسکا آسانی سے پتہ نہ چلے، اور اس کا ہاتھ آنا دشوار ہو جائے +

تحجّرِ مفاصل (التصاقِ مفاصل)

تحجر مفاصل (التصاق مفاصل) سے مراد یہ ہے کہ مفصل کی ہڈیاں ایک دوسرے کے ساتھ ملکر پورے طور پر جڑ جائیں، اور اس وجہ سے جوڑ بالکل سخت (بے حرکت) ہو جائے، لیکن اس اصطلاح کے استعمال میں ذرا عمومیت برتی جاتی ہے، چنانچہ اُس وقت بھی تحجر کا لفظ بول دیا جاتا ہے، جبکہ حرکاتِ مفصل مکمل طور پر بند نہ ہو چکے ہوں +

اسباب کے لحاظ سے تحجر کی مندرجہ ذیل قسمیں بیان کی جاتی ہیں:۔

سلہ دینکی لوسس = تحجر مفاصل (تحجر = پتھرا جانا) +

(۱) تحجر جو مفصلی سطحوں کے باہم مل جانے اور ایک ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہوا ہو، چنانچہ یہ سطحیں باہم گاہے لیفی ساخت کی وجہ سے جڑ جاتی ہیں، اور گاہے عظمی مادہ سے، کریاں جب گل جاتی ہیں (ان میں تاکُّل ہو جاتا ہے) تو اس کے بعد اتصال لیفی ہوا کرتا ہے۔ اس صورت میں مفصل کے اندر کچھ حرکات ممکن ہوتے ہیں۔ اور جب جوڑ کی کریاں پورے طور پر ضائع ہو جاتی ہیں، تو اتصال عظمی ہوا کرتا ہے، اور اس صورت میں جوڑ کے اندر کسی قسم کی حرکت نہیں ہو سکتی +

(۲) تحجر جو غشاء زلالی کے جوف کے کُلًّا یا جزءًا معدوم ہونے کی وجہ سے لاحق ہو، یہ صورت گاہے التہاب زلالی کے کے بعد ہوا کرتی ہے، جس سے وہاں جھلی چمٹ جاتی ہے (التصاق)+

(۳) تحجر جو رباطات کے یا اجسام محیطہ مفصل کے سکڑنے کی وجہ سے لاحق ہو، یہ گاہے مفاصل کے سوزاکی عوارض کے بعد پیدا ہوتا ہے، گاہے مفاصل کے ارد گرد کے اجسام میں ندبی انقباض (تقلّص) [۱] پیدا ہونے کے بعد پیدا ہوتا ہے، گاہے مفاصل کے قریب یا اسکے اندر کسر واقع ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، اور گاہے التہاب[۲] عضلی عظمی کی وجہ سے +

گاہے مفاصل اُس وقت بھی بے حرکت ہو جاتے ہیں، جبکہ التہاب مفصلی عظمی، التہاب مفصلی عصبی (مرض شارکوٹ)، وغیرہ

[۱] ندبی انقباض = سی کیٹ ریشل کان ٹریکشن +

[۲] التہاب عضلی عظمی = مائی اوسائی ٹس آسی فی کینس (عضلہ کا التہاب جسمیں ہڈی کی سی ساخت پیدا ہو جاتی ہے)+

میں استخوانی زوائد، جو ان حالات میں پیدا ہو جاتے ہیں، مفصل کو مُقفّل کر دیتے ہیں +

علاج:۔ تحجر عظمی[1] کے علاج میں معالج کے دو مقاصد ہوا کرتے ہیں، یا بدنمائی اور فساد شکل کو دور کرنا، یا مفصل کو کارآمد بنانا، اور اس میں حرکت کا لوٹانا۔ مفصل مرفق (کہنی کے جوڑ) میں عملیات جراحیہ سے اچھے نتائج برآمد ہوا کرتے ہیں۔ اس مقصد کے لئے مفصل کو کھولا جائے، احتیاط کے ساتھ مفصلی ہڈیوں کے سروں کی مناسب شکل بنائی جائے، اور ان سروں کے درمیان چربیدار لفافۂ غائرہ کا ایک ٹکڑا (شریحہ) حائل کر دیا جائے، خواہ یہ ٹکڑا بالکل آزاد اور منفصل ہو، یا دوسری ساختوں سے بذریعہ اپنے ریشوں کے متصل ہو۔ لفافۂ غائرہ کے علاوہ اور ساختیں بھی درمیان میں حائل کر دی جاتی ہیں، مثلاً بعض حیوانات کی صفاقی جھلی یا مثانہ وغیرہ۔ اس عمل کو ترقیع مَفْصِلْ[2] (مفصل کے اندر جوڑ یا پیوند لگانا) کہتے ہیں۔ علاج کی کامیابی کے لئے نہایت ضروری ہے کہ اس عمل کے بعد بہت زیادہ احتیاط برتی جائے +

مفصل کَتِف (شانہ کے جوڑ) کے تحجر میں ضروری ہے کہ بازو کی ہڈی کا سر نکال دیا جائے، بازو کو عرصہ تک بے حرکت رکھا جائے، اور اس حالت میں اس کی وضع یہ ہو کہ یہ خط وسطانی (بغل) سے دور ہو، اور بازو کی ہڈی کو باہر کی طرف گھما دیا گیا ہو +

مفصل ورک (کولہے کے جوڑ) کے تحجر میں ترقیع مفصلی کے

---

[1] بونی اینکی لوسس +

[2] آرتھروپلاسٹی = ترقیع مفصل +

عمل کے بعد اچھے نتائج برآمد نہیں ہوا کرتے ہیں، کیونکہ یہ زیادہ تر مرض درنی کی وجہ سے لاحق ہوا کرتا ہے۔ اسی طرح اس میں عنق الفخذ کا کاٹنا بھی مناسب نتائج نہیں پیدا کرتا ہے، جیسا کہ بعض ماہرین کیا کرتے ہیں۔ اس میں بہترین عمل یہ ہے کہ طروخانطیر کے نیچے ران کی ہڈی کو کاٹ دیا جائے (قطع العظم تحت الطروخانطیر)، اس عمل کی صورت یہ ہے کہ پہلوی جانب سے ہڈی کھولی جائے، پھر ہڈی کو ازمیل (مجرد جبینی) سے، یا آری سے کاٹ دیا جائے، پھر اس مقصد سے کہ عضو اچھی وضع میں قائم رہ سکے، عموماً عضلات مقربہ کے اوتار کاٹ دیئے جاتے ہیں (قطع الاوتار)، یہ عمل آسانی سے عظم العانہ کے قریب کیا جا سکتا ہے۔ اس عمل کے بعد تدابیر ما بعد کافی عرصہ تک جاری رہنے چاہئیں، تاکہ ہڈی کا التحام اچھی طرح مستحکم ہو جائے۔ کیونکہ عضلات مقربہ بہت قوی ہوتے ہیں، اگر دشبذ (مقام اتصال) نرم ہوگا، تو بہت ممکن ہے کہ ان عضلات کے انقباض سے ہڈیوں کے سرے ٹل جائیں۔

مفصل کے غیر درنی تحجر میں ایک بڑے شگاف کے ذریعہ کھولا جاتا ہے، جسکی شکل پیالہ نما ہوتی ہے، اس پیالہ کا قاعدہ (تلہ) اوپر کی طرف ہوتا ہے، اور طروخانطیر اچھی طرح اس پیالہ کے اندر آجاتا ہے پھر شریحہ بمعیت لفافہ غائرہ اوپر کو اٹھایا جاتا ہے، طروخانطیر کا قاعدہ ازمیل (مجرد) کے ذریعہ کاٹ لیا جاتا ہے، جوڑ کو کھولا جاتا ہے، اور فخذ کا سر حُق الورک سے علیحدہ کیا جاتا ہے، اور اس کی شکل ایسی

۵ل سب ٹروکینٹرک آسٹیوٹومی +	۵۳ فلیپ (شریحہ) +
۵۲ ٹینا ٹومی +	

بنا دی جاتی ہے کہ یہ آزادی کے ساتھ اپنے گھرے اور جھکنے نشیب میں حرکت کر سکے۔ پھر لفافہ کا ایک ٹکڑا لیکر فخذ کے سر کے گرد احتیاط سے لپیٹ دیا جاتا ہے، اور اسے اپنی جگہ پر ٹانکوں سے قائم کر دیا جاتا ہے۔ جو رباطات کاٹے گئے ہیں، انہیں پھر جوڑ دیا جاتا ہے، اور طرو خانطیر کو پھر اپنی جگہ پر کیلوں سے قائم کر دیا جاتا ہے۔ اور زخم (جراحت) کو بند کر دیا جاتا ہے ٹانگ کو وضع تبعیدی میں رکھا جاتا ہے، اور تمدید کے لئے وزن لٹکایا جاتا ہے۔ دس روز کے بعد حرکات قسریہ شروع کی جاتی ہیں +

مفصل رُکبیہ (گھٹنے کے جوڑ) کے تحجر میں پچر کی شکل کا ایک ٹکڑا کاٹ کر جوڑ سے نکال لیا جاتا ہے۔ اس علاج کا مقصد یہ ہوا کرتا ہے کہ گھٹنہ بے حرکت، سیدھا قائم ہو جائے، اس میں یہ کوشش نہ کرنی چاہیے کہ اس میں حرکت لوٹ آئے +

تحجر لیفی[۱] کا علاج عموماً اس طرح کیا جاتا ہے کہ مریض کو بیہوش کر کے جوڑ کو موڑا جاتا ہے، اس کے بعد دلک (مالش) اور تحریکات قسریہ کی جاتی ہے، لیکن اگر مفصلی سطوح اچھی طرح ملی ہوئی ہوتی ہیں، تو اس عمل سے کوئی اچھا نتیجہ نہیں نکلا کرتا ہے، کیونکہ جلد ہی دوبارہ ساختیں جڑ جایا کرتی ہیں۔ ایسی حالت میں اس عمل سے بہتر یہ ہے کہ چند روز تک کسی لچکدار چیز سے عضو کو کھینچا جائے (تمدید لونی[۲]) امراض درنیہ میں یہ کبھی مناسب نہیں ہے کہ سختی کے ساتھ دستال کی کوشش کی جائے +

[۱] تحجر لیفی = فائبرس اینکی لوسس +	[۲] ایلاسٹک ٹریکشن +

وَجعُ الورک[1] (داء الورک)

وَجع کے معنے درد اور دُکھ کے ہیں، اور داء کے معنی بھی بیماری (مرض) کے ہیں اس لغوی معنے کے لحاظ سے مفصل ورک کے ہر مرض کو "وجع الورک" یا "داء الورک" کہا جاسکتا ہے، لیکن اصطلاحًا اس سے اکثر اوقات التہاب مفصلی درنی[2]" مراد لیا جاتا ہے، جو بہت عام اور کثیر الوقوع ہے، اور یہی اس وقت مقصود ہے۔ اگرچہ اسمیں گٹھیا، سوزاک وغیرہ سے بھی درد اور مرض پیدا ہوجایا کرتے ہیں +

مفصل وَرِک (کولھے کے جوڑ) کا مرض درنی (مرض سلّی)

دس سال سے کم عمر کے بچوں میں بہت عام ہے؛ چنانچہ اس کی ابتدا گاہے غشاء زلالی سے، اور گاہے ہڈی سے ہوتی ہے۔ جب یہ ہڈی سے شروع ہوا کرتا ہے، تو ابتدائی مرکز اکثر اوقات فخذ کی گردن کے زیرین حصے میں خط گردوسی[3] سے ٹھیک بیرونی جانب بنتا ہے۔ لیکن طرف خانطیر، فخذ کے سر کا گرد دستہ، اور حق الورک کی سہ شاخہ[4] کرّی بھی گاہے اسکا ابتدائی مرکز بن جاتے ہیں۔ ہڈی سے جب مرض شروع ہوتا ہے، تو یہ غشاء زلالی تک بڑھکر جوڑ کو پورے طور پر ملوّث (عفونی) کردیتا ہے۔ جب یہ مرض حُقِ الورک[5] تک پہونچ جاتا ہے تو گاہے یہ اندر کیطرف بڑھکر جوف عانہ کے اندر پھوڑا بنا دیتا ہے +

---

[1] ہپ جائنٹ ڈیزیز (ہپ ڈیزیز) +
[2] ٹیوبرکولس آرتھرائٹس +
[3] خط گردوسی = اپی فیزیل لائن +
[4] اپی فیس +
[5] وائی شیپڈ کارٹلیج (Y شیپڈ) +
[6] اسی ٹے بولم +

وجع الورک کے درجات میں عضو کی کیا حالت ہو جاتی ہے

(الف) میں ریڑھ کے ثانوی خم خوب نمایاں ہیں۔ (ب) میں لکیر دونوں جانب کے شوکۂ مقدمہ علیا کے درمیان کھینچی گئی ہے۔ تاکہ یہ اندازہ ہو سکے کہ عضو ماؤف اوپر کی طرف کسقدر کھینچ گیا ہے۔

جو عضلات مفصل ورک کے گرد ہیں، وہ اپنی قوت سے جونکہ سکڑ جاتے ہیں، اس لئے یہ فخذ کے سر کو حق الورک کے پیچھے اور اوپر کے حصے کی طرف دباتے ہیں؛ چنانچہ یہ متصلہ حصے منجذب ہوجاتے ہیں+

اس طرح حق الورک نامی حفرہ بہت بڑا ہوجاتا ہے، اور گاہے اس میں حجید بھی بن جاتا ہے. لیکن اسی حالت میں متصلہ غشاء عظمی کے نیچے ہڈی کا ایک نیا کنارہ بن جاتا ہے، جو سابقہ کنارہ سے کسی قدر اونچا ہوتا ہے، اس نئے حق الورک کو، جو اس طرح بن جاتا ہے، "حُق دبیبی" کہا جاتا ہے (دبیب۔ رینگنا)، کیونکہ یہ فخذ کے سر کی وجہ سے برابر اوپر اور پیچھے کی طرف بڑھتا چلا جاتا ہے، یہاں تک خاصرہ کی پشت تک پہونچ جاتا ہے. یہی وجہ ہے کہ ٹانگ کی لمبائی بہت گھٹ جاتی ہے+

اس مرض میں خراج مزمن بہت عام ہے، جو عموماً طرو خا نظیر[۵۳] اعظم کے سامنے یا پیچھے، یا عضلہ[۵۳] مقربہ طویلہ کے وتر کے مبدأ کے قریب منتہ کیا کرتا ہے+

علامات (تاریخ فراشی): ۔ مریض (عموماً بچہ) لنگڑاتا ہے، اور وہ کولہے کے جوڑ میں ران کے اندر کیطرف یا گھٹنے میں درد کی شکایت بیان کرتا ہے. ران اور سرین کے عضلات کسی قدر **لاغر** نظر آتے ہیں. اوائل میں عموماً ٹانگ **بظاہر لمبی** معلوم ہوا کرتی ہے، سرین چپٹے ہوجاتے ہیں، ٹانگ انقباضی، تبعیدی اور باہر کی طرف مڑی ہوئی وضع میں رہتی ہے. سرین کی شکن (ثنیۂ[۵۵] الویّہ) جو ران اور

---

۵۱ ٹریولنگ اسی ٹے بیولم + ۵۲ گریٹ ٹروکین ٹر + ۵۳ ایڈکٹر لانگس ٹنڈن +
۵۴ کلی نیکل ہسٹری + ۵۵ گلیوٹیل فولڈ +

سرین کے درمیان ہوتی ہے، غائب ہوجاتی ہے، جس کی وجہ کچھ تو یہ ہے کہ عضلات لاغر ہوجاتے ہیں، اور کچھ وجہ یہ ہے کہ ٹانگ انقباضی وضع میں رہتی ہے۔ مفصل کی حرکت کسی قدر دشوار ہوتی ہے، اور حرکت کی کوشش کے وقت درد ہوتا ہے۔ مذکورہ بالا وضع (انقباضی تبعیدی، اور باہر کی طرف مڑی ہوئی وضع) مریض اس لئے اختیار کرتا ہے کہ اس وضع میں رباطات ڈھیلے پڑ جاتے ہیں، اور مفصل کی گنجائش سب سے زیادہ ہوتی ہے۔ چونکہ اس مرض میں ران وضع تبعیدی میں آجاتی ہے، اس لئے مریض اسکا تدارک اس طرح کرتا ہے کہ عانہ (حوض) کو ماؤف جانب نیچے جھکا دیتا ہے، جس سے ٹانگ بظاہر دراز ہوجاتی ہے، اور دوسری ٹانگ کے برابر (متوازی) ہوجاتی ہے۔ لیکن اس حالت میں صلب کے اندر کمر کے مقام میں جانبی خمیدگی پیدا ہوجاتی ہے۔ اسی طرح مریض ران کی وضع انقباضی کا تدارک اس طرح کرتا ہے کہ وہ عانہ (حوض) کو سامنے اور نیچے کی طرف جھکا دیتا ہے، جس سے صلب (ریڑھ) میں کمر کے مقام پر سامنے کیطرف خمیدگی بڑھ جاتی ہے لیکن ماؤف عضو کی اصلی وضع کا پتہ اس طرح چلایا جاسکتا ہے کہ مریض کو ہموار فرش پر چت لٹایا جائے، دونوں طرف کے عظم الخاصرہ کے شوکہ مقدمہ علیا کو ایک محاذ میں لایا جائے، اور ماؤف ٹانگ کو یہاں تک بلند کیا جائے کہ کمر کی بدوضعی دور ہوجائے، اور اسکا وہ خم جو آگے کی طرف زیادہ ہوگیا تھا، وہ اصلی حالت پر لوٹ آئے۔ ایسا کرنے سے یہ معلوم ہوجاتا ہے کہ ماؤف ٹانگ کس قدر ٹیڑھی ہوگئی ہے۔ ماؤف مفصل کی حرکات بھی محدود (کم) ہوجاتی ہیں، چنانچہ

جب ران کو موڑنے، گھمانے، قریب یا بعید کرنے کی کوشش کی جاتی ہے، تو ران کے ساتھ عانہ (حوض) بھی حرکت کرتا ہے۔ پھر جیسے جیسے مرض پھیلتا اور ترقی کرتا جاتا ہے، اسی طرح درد برابر بڑھتا چلا جاتا ہے، اور بعض اوقات رات کے وقت وجع تشنجی[1] ہونے لگتا ہے۔ بخار لاحق ہوجاتا، اور پھوڑے نمودار ہوجاتے ہیں۔ پھر ران کا انقباض بڑھتا جاتا ہے، اور اب وہ وضع تبعیدی[2] کی بجائے وضع تقریبی[3] میں آجاتی، اور باہر کی بجائے اندر کیطرف مڑجاتی ہے۔ اب عانہ بھی ماؤف جانب اوپر کی طرف مُڑجاتا ہے، تاکہ دونوں ٹانگوں کی موازات قائم رہے؛ اس طرح ماؤف ٹانگ کی لمبائی میں بظاہر کمی معلوم ہوتی ہے (تقصّر ظاہر[4])۔ پھر جیسے جیسے مرض بڑھتا جاتا ہے، ہڈی جذب ہوتی جاتی ہے، اور پچھلے اور بالائی رباطات نرم ہوتے جاتے ہیں، اسیطرح بتدریج یہ ٹانگ حقیقت میں چھوٹی ہوتی چلی جاتی ہے (تقصّر حقیقی)۔

اگر پھوڑوں کے پھوٹ جانے کی وجہ سے ثانوی طور پر عدوئی ہوجائے (باہر سے جراثیم داخل ہوجائیں)، تو حمّی دقیہ[5] اور رفتہ رفتہ دنشائی شروع ہوجاتا ہے۔

اس مرض میں، خواہ کوئی درجہ ہو، شفاء کے حاصل ہونے کی امید ہوتی ہے، اگر مفصل متحجر ہوجاتا ہے۔

تشخیص:- اس مرض کی تشخیص خاص طور پر کمر کے مہرونکی

[1] اسٹارٹنگ پین	[4] اپیرنٹ شارٹے ننگ
[2] ابڈکشن پوزیشن	[5] ہکٹک فیور
[3] اڈکشن پوزیشن	[6] امی لائڈ ڈی جنریشن

بوسیدگی (نخر) سے کرنی پڑتی ہے، لیکن اگر عضلات کی لاغری مخصوص بد وضعی (فساد شکل)، اور حرکاتِ مفصل کی کمی پر توجہ سے غور کیا جائے، تو کوئی دشواری قائم نہیں رہتی (یعنی یہ سب باتیں دبرح الورک میں ہوتی ہیں، اور نخر مذکور میں نہیں ہوتی ہیں) +

وَرِکَ انسی (اعوجاج الورک انسی) نامی مرض میں اگرچہ ران کی ہڈی اندر کی طرف گھوم جاتی، اور وضع تبعیدی میں آجاتی ہے، لیکن اس میں لاغری نہیں ہوا کرتی ہے +

خِلقی خلع (پیدائشی) میں تمام حرکات بہ آسانی ہو سکتے ہیں +

اَلمُ الورک کاذب میں درد کم ہوتا ہے، حرکات بھی زیادہ محدود نہیں ہوتے، اور عضلات کی لاغری بھی زیادہ نہیں ہوتی ہے۔ عکس شعاعی سے اگر معائنہ کیا جائے، تو مفصل کے اندر نہ تخلخل کی شہادت ملتی ہے، اور نہ نخر کی۔ ہاں اس میں کردوسہ (راس الفخذ) چپٹا (مسطح) ہوجاتا ہے، اور کچھ عرصہ کے بعد چوڑا (عریض)، گردن اکثر اوقات چھوٹی ہوجاتی ہے، اور اسکا زاویہ جسم کے ساتھ تنگ ہوجاتا ہے۔ طرد خانظیر اعظم زیادہ ابھرا ہوا رہتا ہے، اور اس میں تقیح (پیپ پڑنے) کی استعداد (میلان) نہیں ہوتی ہے +

انذار:- اگر مناسب علاج کیا جائے، اور تلوث (عفونت ثانیہ) سے روکا جائے، تو توقع کی جاسکتی ہے کہ مفصل متحجر ہو کر اس

---

۵۱ کیریز = نخر +	۵۳ کن جے نی ٹل ڈسلوکیشن +
۵۲ کاکسا ویرا = ورک انسی (انحراف ورک) مفصل ورک کے کسی مرض کو بغیر عظم الفخذ کی گردن کا نیچے کیطرف خمیدہ ہوجانا +	۵۴ سیوڈو کاکسلجیا +
	۵۵ اکس رے (راسکیا گریفی) +
	۵۶ ریری فیکشن تخلخل

مرض سے شفار حاصل ہو جائیگی، لیکن ہر صورت میں مرض درنی کے عمومی ہو جانے (تمام بدن میں پھیل جانے) کا احتمال رہتا ہے۔ جب اس میں عدوائے ثانیہ (بیرونی تلوث) ہو جاتا ہے، تو فسادِ[1] نشائی[2] تقیح الدم[3]، اور تعفن الدم[4] کی وجہ سے موت لاحق ہوتی ہے +

علاج :- اوائل مرض میں مریض کو راحت و سکون کے ساتھ بستر پر اس طرح لٹائے رکھنا چاہیئے کہ اس کی ٹانگ میں پھیلانے کے لئے وزن تمدید[4] لگا دیا جائے؛ اس پھیلاؤ کا رُخ وہی ہو جو اس مرض کی وجہ سے ٹانگ کا رُخ ہو گیا ہو، اور جس طرح بتدریج اسکا موڑ (انقباض) کم ہوتا جائے، اور وہ خط وسطانی سے قریب آتی جائے، اسی طرح بتدریج پھیلاؤ کے رُخ کو بدلتے رہیں، اور چرخی (گھرنی) کو نیچے لاتے رہیں۔ جب درد جاتا رہے، اور عضو سیدھا ہو جائے (بلندی سے افقی وضع میں آ جائے)، تو کھڑے ہونے اور چلنے پھرنے کے لئے طاس کا جبیرۂ[5] درکیہ لگایا جائے، تندرست پاؤں میں کھڑاؤں پہنایا جائے، اور بیساکھیوں (عکاکیز[6]) کا استعمال کیا جائے۔ یہ جبیرہ مرض کے علامات دور ہونے کے بعد کم از کم چھ ماہ بعد تک استعمال کرنا چاہیئے۔ بدنی صحت کی اصلاح کے لئے اچھی غذا، تازہ ہوا، اور دھوپ کا انتظام کرنا چاہیئے۔ جبیرۂ مذکور

---

[1] امی لائڈ ڈی جن ریشن +

[2] پائی میا +

[3] سپٹی سی میا +

[4] ویٹ اکسٹنشن (وزن التمدید) +

[5] جبیرۂ درکیہ (للطاس) تھوماس ہپ اسپلنٹ +

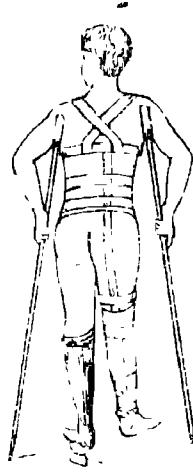
[6] کرچیز (عکاکیز) +

کی بجائے گا ہے خانوش[1] (سیلیولائڈ) نامی مواد کے ہلکے جبیرے، جو مفصل کو کافی طور پر اور اچھی طرح بے حرکت کر دیں، یا لا زوقہ کا صندوق[2] استعمال کیا جا سکتا ہے۔ بہت چھوٹے بچوں میں فلیس[3] کا صندوق اچھا رہتا ہے، یہ چند ماہ تک استعمال کیا جائے۔ اس مرض میں تمام اعمال جراحیہ سے گریز کیا جائے، سوائے اس کے کہ اگر ضرورت ہو تو جوف خراج سے پیپ باہر نکال لی جائے (بذریعہ عمل متصاص[4] یا شفط)۔ عمل تقلیم (یا عمل جُبب) سے، یعنی ہڈی کاٹ کر نکالنے سے اچھے نتائج برآمد نہیں ہوا کرتے ہیں، اس سے ٹانگ بھی بہت چھوٹی ہو جاتی ہے، اور کمزوری بھی بہت آ جاتی ہے۔ سامانِ تثبیت (بے حرکت رکھنے کے آلات) گاہے چند سال تک قائم رکھے جاتے ہیں، اور جب یہ علیحدہ کئے جاتے ہیں، تو بہت احتیاط برتنی پڑتی ہے، اور اگر اس کے بعد حرکات میں کوئی خرابی یا وضع میں کوئی تبدیلی پیدا ہوتی نظر آتی ہے، تو دوبارہ انہیں استعمال کیا جاتا ہے +

جب مرض بڑھتا چلا جائے، یا جب فساد نشانی شروع ہو جائے یا جب مریض کی بدنی صحت اتنی کمزور ہو کہ وہ کسی لمبے عمل کو برداشت نہ کر سکے، تو عمل بتر کرنا چاہیئے +

جب تجحر کی صورت میں شفار حاصل ہو جاتی ہے تو گاہے ٹانگ

---

[1] خانوش (خانہ وش)۔ سیلیولائڈ +
[2] پلاسٹر کیس +
[3] فلیس باکس، صندوق فلیس۔ اس صندوق میں بچہ کا پورا جسم بے حرکت ہو جاتا ہے، سانس کے لئے منہ کھلا رہتا ہے، بچہ جب اٹھایا جاتا ہے تو پورا صندوق ساتھ رہتا ہے +
[4] ایسپائی ریشن +

تصویر (۱۴۵)

دبع الورک میں جبیرۂ طامس کا استعمال

خط وسطانی سے قریب ہوجاتی، اور منقبض رہتی ہے۔ ایسی صورت میں اس خرابی کو دور کرنے کے لئے عنق الفخذ سے پچر جیسا ٹکڑا کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے، یا دونوں طرد خانطیر کے درمیان ہڈی کو کاٹ دیا جاتا ہے، اور کٹی ہوئی سطحوں کو اس طرح ملا دیا جاتا ہے کہ ٹانگ کی وضع سیدھی ہوجاتی ہے۔

مفصل عجزی[1] حرقفی کا مرض

مرض درنی بالغوں (جوانوں) میں بچوں کی نسبت زیادہ عام ہے جو عموماً عظمی (استخوانی) ہوتا ہے، یعنی مرض کی ابتدا، ہڈی سے ہوا کرتی ہے۔

علامات:- جوڑ کے اوپر درد ہوتا ہے، جو حرکت کرنے یا کھڑے ہونے (اور کھانسنے، چھینکنے) سے بڑھا کرتا ہے۔ جب جبل قطنی[2] عجزی پر دباؤ پڑتا ہے، تو درد سرین اور ٹانگ کی طرف منتقل ہوجاتا ہے۔ اگر مریض نرمی سے حرکت کرے، تو بہت ممکن ہے کہ درد محسوس نہ ہو، اور حرکت میں کوئی کمی نہ آئے۔ لیکن جب مریض سخت حرکت کرتا ہے، اور شکم کے چپٹے عضلات خاصرہ (حرقفہ) کو زور سے کھینچتے ہیں، تو درد پیدا ہوجاتا ہے۔ ماؤف جانب کی ٹانگ بظاہر لمبی ہوجاتی ہے لیکن اگر اسے شوکہ مقدمہ علیا سے اندرونی گٹہ تک ناپا جائے، تو

---

[1] ڈیزیز آف دی سیکرو ایلیک جائنٹ۔

[2] جبل قطنی عجزی (لمبوسیکرل کارڈ) وہ عصبی تنہ ہے، جو کمر کے چوتھے اور پانچویں عصب کی شاخوں سے مل کر بنتا ہے، یہ ضفیرہ عجزیہ تک بڑھتا ہے۔ یہ عصب مفصل مذکور کے سامنے واقع ہے۔

وغیرہ) اور سوزاک یا عفونت[1] کی وجہ سے بُری وضع میں ہڈیاں جڑ گئی ہوں +

(۳) خلوع مرکبہ[2] میں، اور خلوع کسریہ[3] میں +

(۴) کسر مفتت[4] میں۔ جو مفصل کی ہڈیوں میں واقع ہو، اور جس سے مفصل متحجر ہو گیا ہو، اور اس تحجر سے عضو کی حرکت میں خرابی آ گئی ہو، مثلاً شانہ یا کہنی کے جوڑ میں +

(۵) التہاب مفصلی عظمی[5] کی بعض قسموں میں +

اس عمل سے بعض مقامات میں تو یہ مقصود ہوتا ہے کہ مستحکم تحجر پیدا ہو جائے، اور بعض مقامات میں یہ مقصود ہوتا ہے کہ ایک متحرک مفصل حاصل ہو جائے +

---

[1] سپ سس (عفونت) +
[2] کمپونڈ ڈسلوکیشنز +
[3] فریکچر ڈسلوکیشن +
[4] کامی نیوٹڈ فریکچرز +
[5] آسٹیو آرتھرائی ٹس +

تمت

تشریحی نقشہ ا

مطب میں آویزاں کرنے کے لئے

دفتر المسیح نے بڑے سائز کے رنگین تشریحی نقشوں کے چھپوانے کا سلسلہ شروع کر دیا ہے، چنانچہ ایک نقشہ شائع ہو چکا ہے، جس میں دماغ، حرام مغز، آنکھ، کان اور زبان کی تصاویر ہیں، یہ نقشہ بالکل لاثانی طرز کا ہے، وارنش کرانے کے علاوہ نقشہ کی پشت پر کپڑا اور اوپر نیچے چھتی اور رول لگائے گئے ہیں تاکہ دیوار پر لٹکانے میں سہولت ہو، قیمت عہ فی نقشہ

قانون نسل

امراض مخصوصہ کی بینظیر کتاب

(طبع دوم)

قانون نسل (مجموعہ کبیرا) میں جریان، ضعف باہ اور سرعت انزال وغیرہ امراض مخصوصہ کے اسباب، علامات اور علاج اس خوبی اور سادگی سے بتائے گئے ہیں کہ معمولی اردو داں بھی اسے پڑھ کر اپنے مرض کی تشخیص کر سکتا ہے، اور اپنے لئے باقاعدہ صحیح اور مناسب مزاج نسخہ تجویز کر کے استعمال میں لا سکتا ہے، اس میں امراض مخصوصہ کے صدہا صدری اور مجرب نسخے کھلے دل سے بلا کم و کاست درج کئے گئے ہیں، حجم اس کا ۳۰۰ صفحات سے زائد ہے، قیمت عہ مجلد عا، طبع دوم میں بہت کچھ ترمیم ہوئی ہے۔ کاغذ سفید اور چکنا لگایا گیا ہے +